

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1895

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 22 juillet 1895, à 1 heure

Par HENRI BOUQUET

Né à Saint-Denis (Seine), le 18 octobre 1867

Ancien externe des hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique

Moniteur de gynécologie à l'Hôtel-Dieu

Moniteur à la Clinique d'accouchements et de gynécologie de la Faculté

DES

ATROPHIES UTÉRINES

POST-PUERPÉRALES

Étude clinique

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : MM. } MARCHAND, professeur.
 } RECLUS, VARNIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine 15

1895

470
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 23 juillet 1895, à 1 heure

Par HENRI BOUQUET

Né à Saint-Denis (Seine), le 18 octobre 1867

Ancien externe des hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique

Moniteur de gynécologie à l'Hôtel-Dieu

Moniteur à la Clinique d'accouchements et de gynécologie de la Faculté

DES

ATROPHIES UTÉRINES

POST-PUERPÉRALES

Étude clinique

Président : M. TARNIER, professeur.

*Juges : MM. } PANAS, professeur.
 } BRUN, BAR, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1895

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie.	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie.	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.	LANDOUZY.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale.	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	{ G. SEE.
Clinique médicale.	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	TILLAUX.
	{ BERGER.
Clinique chirurgicale.	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISAUD	GLEY	NETTER.	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON ONCLE

M. F. GILLE.

Ancien Conseiller municipal de Paris
Ancien Conseiller général de la Seine.

A MON COUSIN ET MA COUSINE

M. ET M^{me} CH. RICHEFEU

Témoignage d'affection et de reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON TRÈS CHER MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR E. BONNAIRE

Accoucheur des hôpitaux
Professeur agrégé à la Faculté de médecine

Permettez-moi, mon cher maître, de placer ici votre nom. Vous avez bien voulu être pour moi un ami autant qu'un maître, et, depuis bientôt trois ans, vous m'avez guidé et soutenu avec une sollicitude que je n'oublierai jamais. Je vous en exprime ici ma profonde reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR S. TARNIER

Professeur à la Faculté de médecine
Chirurgien en chef de la Clinique d'accouchements et de gynécologie
Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

DES

ATROPHIES UTÉRINES

POST-PUERPÉRALES

ÉTUDE CLINIQUE

INTRODUCTION

L'atrophie utérine post-puerpérale est une maladie peu connue et sur laquelle on ne trouve ordinairement, dans les traités de gynécologie, que de courtes et concises indications. Nous avons eu l'occasion, pendant les deux années que nous venons de passer dans le service de gynécologie médicale de l'Hôtel-Dieu, de rencontrer un certain nombre de malades atteintes de cette affection que les auteurs qui s'en sont occupés ont tous considérée comme très rare. Il nous a paru que, le pronostic de l'affection comportant une certaine gravité au point de

vue de la vie génitale future de la femme qui en est atteinte, ce ne serait pas faire œuvre inutile que d'en rechercher les causes, d'en décrire les symptômes, d'en discuter le traitement, et nous en avons fait le sujet de notre thèse inaugurale.

Qu'on nous permette maintenant de rendre, suivant la tradition, un public hommage aux maîtres qui ont bien voulu nous faire profiter de leur grand savoir et guider nos études médicales. Parmi eux, nous sommes particulièrement heureux de remercier ici M. le professeur Cornil qui nous a fait l'honneur de nous prendre comme moniteur du service de gynécologie annexé à son service de l'Hôtel-Dieu, et M. le professeur Straus qui a bien voulu nous maintenir dans ces fonctions en remplaçant dans ce service M. le professeur Cornil.

Nous n'avons cru pouvoir moins faire que de dédier cette thèse à M. le professeur agrégé Bonnaire. C'est là un faible témoignage de notre reconnaissance pour lui.

M. le professeur Tarnier mérite à un double titre nos respectueux remerciements, Il a bien voulu nous choisir comme moniteur à la clinique d'accouchements et de gynécologie de la Faculté et nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Qu'il veuille bien recevoir ici l'assurance de notre profonde gratitude.

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE. ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

L'étude de l'atrophie de l'utérus liée aux suites de couches est de date relativement très récente. C'est, en effet, en 1861 que, dans son ouvrage de *Clinique obstétricale et gynécologique*, sir James Y. Simpson en publia le premier cas. Il s'y exprimait en ces termes : « Un excès anormal dans la marche de l'involution utérine après l'accouchement (ou superinvolution) est encore plus rare que l'insuffisance (subinvolution). Je ne sache pas que jusqu'ici aucun obstétricien ait décrit le premier fait comme un état morbide de l'utérus (1). » A la suite de Y. Simpson, quelques auteurs ont publié des cas isolés de superinvolution utérine, quelques-uns les ont fait précéder ou suivre de considérations étiologiques ou thérapeutiques, mais le nombre des traités où l'étude de l'atrophie utérine puerpérale se trouve exposée didactiquement est

1. J. Simpson. *Clinique obstétricale et gynécologique*. Trad. Chantreull.

très restreint. Nous aurons d'ailleurs l'occasion de signaler ces travaux au cours de cette étude.

Tout d'abord, il est un point sur lequel tous les auteurs se sont mis d'accord jusqu'ici : l'atrophie utérine (puerpérale du moins) constitue, pour eux, une affection des plus rares. Lawson Tait (1), Barnes (2), Grynfellt (3), etc., ne font que reproduire en cela l'opinion que nous venons de voir émise par Sir J. Simpson. Frömmel (4), tout en considérant que cette atrophie est peu commune, dit l'avoir rencontrée une fois et demie sur 100 accouchements, et A. R. Simpson (5) 1 fois sur 100. Nous estimons, pour notre part, que cet état pathologique doit exister plus fréquemment que la plupart des auteurs ne le pensent. Une des raisons pour lesquelles il nous paraît difficile de présenter un pourcentage précis de la fréquence de l'affection est que très souvent elle échappe à l'examen du médecin, soit que les femmes qui en sont atteintes négligent de consulter pour des troubles légers de leur santé, soit que les notions des troubles cliniques de l'affection échappent à la perspicacité du médecin.

L'atrophie utérine, telle que nous l'entendons, n'est pas, en effet, une affection invariable dans ses manifestations et dans son degré. Il est évident que si par *atrophie utérine*, on n'entend que ces cas complets où la

1. Lawson Tait. *Traité des maladies des femmes*.

2. Barnes. *Maladies des femmes*, 1876.

3. Grynfellt. *Gaz. des sciences médicales de Montpellier*, 1891, n. 39.

4. Frömmel, *Zeitschr. f. Geb. und Gynæk.* Bd VII, Heft 2.

5. A. R. Simpson. *Edimb. medic. J.* Mai 1883.

longueur totale de la matrice est réduite à trois ou quatre centimètres (et même quelquefois beaucoup moins) où le corps de l'organe est, pour ainsi dire, introuvable par la palpation abdominale combinée au toucher profond, où il n'y a plus que des vestiges d'appareil génital interne, l'atrophie puerpérale est une affection extrêmement rare. Tels ce cas de Grynfeldt (1) dans lequel l'appareil génital externe avait lui-même participé à l'atrophie et cette observation de W. Whitehead (2) dans laquelle il est rappelé que par l'examen le plus minutieux on ne peut retrouver *la moindre trace* de l'utérus ni des annexes. Il n'est pas nécessaire, à notre avis, que les troubles trophiques soient portés aussi loin, pour que l'altération dont l'utérus peut être frappé du fait de la puerpéralité mérite d'être qualifiée d'atrophie utérine. L'affection se présente cliniquement avec des degrés variables dont, sans doute, les plus légers échappent, le plus souvent, à l'investigation.

Il faut donc commencer par s'entendre sur le mot et sa signification, et, pour cela, commencer par établir quelles doivent être les dimensions régulières d'un utérus normal de multipare. Voici les chiffres donnés à ce propos par les auteurs classiques :

1. Grynfeldt. *Loc. cit.*

2. W. Whitehead. *British. medical. J.*, 12 octobre 1872.
Observation rapportée page 40 de cette thèse.

	Longueur totale	Diamètre vertic. de la cavité
Sappey (1)	68 ^{mm}	57 ^{mm}
Richet (2)	68 ^{mm}	60 ^{mm}
Henle (3)	90-100 ^{mm}	»
Testut (4)	70-80 ^{mm}	55-65 ^{mm}
Guyon (5)	»	62 ^{mm}
Hart et Barbour (6)	68 ^{mm}	61 ^{mm}
Dubois (7)	75 ^{mm}	»
Aran (7)	70 ^{mm}	»
Huschke (7)	94 ^{mm}	»

Tous ces chiffres sont, à peu de chose près, semblables, si on en excepte les chiffres extrêmes de Henle et Huschke. La longueur totale de l'utérus se trouve donc établie, opinion moyenne, à 70 millimètres (8), et celle de sa cavité à 60 millimètres. Nous fondant sur cette donnée, nous considérerons comme atteint d'atrophie tout utérus de multipare dont la longueur totale n'excède pas 60 millimètres (mensuration qu'on ne peut obtenir cliniquement d'une façon absolument exacte) ou, ce qui est plus précis, tout utérus dont la cavité offre un diamètre vertical ne dépassant pas 55 millimètres.

1. Sappey. *Traité d'Anatomie descriptive*, t. IV.
2. Richet. *Traité d'Anatomie chirurgicale*.
3. Henle. Cité par Hart et Barbour.
4. Testut. *Traité d'Anatomie humaine*, t. 3.
5. F. Guyon. Thèse de Paris, 1858.
6. Hart et Barbour. *Manuel de Gynécologie*. Trad. Crouzat.
7. Cité par Testut.
8. On remarquera, que dans cette moyenne, nous n'avons pas fait entrer en ligne de compte les chiffres extrêmes des auteurs allemands (Henle et Huschke), qui porteraient la moyenne à 76 millimètres.

Schröder (1) divise en trois catégories l'atrophie puerpérale de l'utérus. Une première catégorie comprend les malades chez lesquelles l'atrophie est le résultat de l'infection puerpérale généralisée. A la deuxième catégorie, se rattachent les accouchements normaux, alors que les femmes étaient atteintes d'affections diathésiques, entraînant une déchéance de l'utérus dans le puerpèrium, dépendante de la déchéance du reste de l'organisme. La troisième comprend les faits dans lesquels l'infection puerpérale a localisé ses manifestations et ses effets sur le parenchyme utérin.

Cette classification offre plusieurs points défectueux : la division des atrophies d'origine infectieuse en deux groupes suivant que le poison puerpéral a frappé d'emblée toute l'économie, l'utérus n'étant atteint que secondairement, ou s'est d'abord cantonné dans les lymphatiques ou les vaisseaux sanguins de cet organe ne répond plus à la conception actuelle de l'infection puerpérale. Tous les auteurs admettent, en effet, que les microbes ou germes saprophytes qui imprègnent toute l'économie dans cette affection, alors même qu'il n'existe pas de symptômes cliniques du côté de l'utérus et de ses annexes, pénètrent néanmoins à travers le filtre lymphatico-sanguin de l'appareil génital. Même au cas où les microbes en nature ou leurs sepsines ne font que traverser le muscle utérin, sans y déterminer de réactions inflammatoires immédiates, il est au moins vraisemblable que le contact de ces éléments virulents avec les fibres musculaires dont

1. G. Schröder. *Maladies des organes génitaux de la femme.*

le travail de régression va commencer peut suffire à vicier ce travail d'involution.

Quant aux atrophies utérines puerpérales liées à une tare diathésique de l'organisme, nous ne pouvons les admettre qu'à titre d'hypothèse. Rien ne prouve, en effet, qu'une femme tuberculeuse, brightique, diabétique, ne fasse pas de l'hypoplasie utérine après son accouchement, simplement du fait d'une infection puerpérale qui a été préparée, modifiée ou même masquée par les troubles profonds dont son organisme est le siège.

Nous pouvons rapprocher ces faits d'atrophie utérine survenue dans ces conditions de débilitation préalable de l'organisme, de ceux dans lesquels la fièvre puerpérale se traduit par de l'infection généralisée de l'économie, avec conservation apparente de l'intégrité de l'utérus à la période aiguë de la maladie.

Nous plaçant exclusivement au point de vue clinique, nous admettons donc deux variétés étiologiques de l'atrophie utérine :

1° Celles qui se produisent à l'occasion de phlegmasies infectieuses localisées à la zone génitale.

2° Celles qui surviennent secondairement, à la suite d'une infection à manifestations généralisées, c'est-à-dire comme épiphénomène d'une toxémie puerpérale.

Si la cause première de l'atrophie utérine doit être, suivant nous, rattachée à l'infection puerpérale, il convient de reconnaître que certains états pathologiques, soit généralisés, soit ayant pour siège l'utérus même, agissent à titre de causes prédisposantes.

A ce titre nous devons envisager l'influence :

1° Des maladies générales ;

2° Des affections utérines préexistantes à l'accouchement et de la multiparité ;

3° Des complications de l'accouchement et de la délivrance, préalables à l'affection ;

4° De l'hygiène des suites de couches.

1° *Maladies générales.* — L'affection la plus souvent citée comme pouvant donner lieu à l'atrophie utérine est certainement la tuberculose. Nous rappellerons d'abord pour mémoire que la tuberculose est implicitement incriminée dans l'observation primordiale de J. Simpson (1). À l'autopsie de cette malade, en effet, on trouva « quelques tubercules crus dans les deux poumons... dans le rein droit se trouvait un petit abcès tuberculeux. » A. R. Simpson (2) incrimine la « tendance à contracter la tuberculose ». R. Frémomel (3), Klob (4), Hart et Barbour (5), Pozzi (6) la font entrer en ligne de compte, et Schröder (7) relate une observation avec autopsie, en déclarant curable l'atrophie due à cette étiologie spéciale.

Après la tuberculose, vient le diabète que Pozzi signale en même temps qu'Hoffmeier, et auquel Lécorché (8) fait

1. J. Simpson, *loc. cit.*

2. A. R. Simpson, *loc., cit.*

3. R. Frommel, *loc. cit.*

4. Klob. *Pathol. Anat. der weibl. Sexualorg.*

5. Hart et Barbour. *Manuel de gynécologie.*

6. Pozzi. *Gynécologie.*

7. Schroder, *loc., cit.*

8. Lécorché. *Du diabète sucré chez la femme.*

jouer un grand rôle dans la production des maladies utérines. Enfin signalons la maladie de Basedow (Sânger, Kleinwächter) le mal de Bright, le morphinisme (Lewinstein) la syphilis, la chlorose.

Nous n'avons pu, évidemment, contrôler par nous-même le rôle que chacune de ces affections pouvait jouer dans l'étiologie de la superinvolution et quelle y était leur part. Nous nous contenterons d'indiquer que nous avons trouvé une fois la tuberculose probable (Obs. V) une fois l'anémie (Obs. VI) une fois la syphilis (Obs. VII).

Nous croyons, en outre, tout à fait inutile d'insister sur des causes purement occasionnelles comme celle qu'a signalée Jaquet : il s'agit d'une femme de 22 ans qui, un an après son accouchement, fut effrayée en voyant élever une barricade en avant de sa maison. Depuis cette époque, elle n'a plus été réglée, et son utérus ne mesure que 3 centimètres de cavité seulement (citée par Puech. *In Gaz. Obstétric. de Paris*, 1874, p. 214).

2° Affections utérines préexistant à l'accouchement.

Multiparité — Nous ne nous étendrons pas sur le rôle des affections utérines préexistantes à l'accouchement. Nous n'en avons que peu d'exemples et leur recherche est souvent des plus difficiles. Néanmoins il est utile de savoir que l'infection généralisée par le gonocoque, si fréquente chez les femmes jeunes, pourra quelquefois se laisser révéler si l'on examine et interroge soigneusement la malade. Pour notre part, nous l'avons trouvée une fois chez la malade qui fait l'objet de l'observation VI.

La multiparité a été accusée par beaucoup d'auteurs

parmi lesquels A. R. Simpson (1). Frömmel (2) n'admet pas le rôle des accouchements successifs, car, dans les observations qu'il cite, la plupart de ses malades étaient primipares. Quelques-unes avaient eu trois enfants, peu en avaient eu davantage. Le rôle de la multiparité est loin également d'être démontré à nos yeux. En effet, on ne trouvera, dans nos observations, aucune malade ayant accouché plus de trois fois. Au contraire, on trouvera, sur 13 observations, 7 primipares.

3° *Complications de l'accouchement et de la délivrance préalables à l'infection.* — Dans ce chapitre, plusieurs faits sont à envisager, qui tous ont été donnés comme très importants. Nous y comprendrons trois genres d'affection : l'avortement, les hémorrhagies, les déchirures du col. L'avortement nous paraît jouer un rôle assez considérable dans l'étiologie de l'affection qui nous occupe. Nous l'avons relevé trois fois dans nos observations. Mais nous différons probablement d'opinion avec les auteurs quand il s'agit d'expliquer le rôle et la manière d'agir de cet accident. Pour nous, c'est encore l'infection puerpérale qu'il faudra le plus souvent incriminer ici. On sait la fréquence de cette affection à la suite des fausses couches. Elle tient vraisemblablement à ce que les femmes considèrent l'avortement comme de peu d'importance quand il se produit dans le cours des deux ou trois premiers mois de la grossesse, ou encore qu'elles ont

1. A. R. Simpson. *Loc. cit.*

2. R. Frommel. *Loc. cit.*

souvent intérêt à cacher l'accident qui leur est arrivé. Dans les deux cas, le résultat est le même : absence de soins d'antisepsie et même quelquefois de propreté, d'où production de l'infection. Les grandes hémorrhagies accompagnant l'accouchement ou la délivrance ont été surtout incriminées par A. R. Simpson. La malade qui fait l'objet de l'observation déjà citée de Grynfeldt avait eu également une forte perte de sang. Nous avons constaté une fois cette cause dans nos observations.

La question des déchirures du col est des plus difficiles à résoudre. Les déchirures du col, pendant l'accouchement, existent, il est vrai, souvent dans les cas d'évolution viciée de l'utérus. Mais leur mode d'action est loin d'être actuellement élucidé. Deux théories sont encore en présence : d'après l'une, la déchirure agirait par elle-même, en tant que traumatisme ; d'après l'autre, elle agit en favorisant l'infection utérine, soit par la plaie du col elle-même, soit en laissant l'utérus béant et perméable aux microbes vaginaux. Pour nous, cette dernière hypothèse nous paraît la plus plausible. Nous nous fonderons pour l'appuyer sur ces cas bien connus des gynécologues, d'endométrites chroniques que les curettages répétés ne guérissent jamais, et qu'une simple trachélorraphie arrête pour toujours. Chaque fois que la muqueuse se régénèrait, elle était réinfectée par les microbes vaginaux ; la porte d'entrée une fois fermée, l'infection ne s'est pas reproduite, l'affection a guéri. Voici donc encore une étiologie qui nous ramène à l'infection puerpérale, puisqu'elle n'agit qu'en en favorisant le développement.

4^e *Hygiène des suites de couches.* — Nous n'insistons tout d'abord pas sur cette partie de l'hygiène constituée par l'antisepsie et les soins de propreté. Il n'est que trop évident que cela nous ramènerait immédiatement à l'infection puerpérale. Nous ne nous occuperons que de deux points : l'allaitement et la reprise du travail après l'accouchement.

L'allaitement prolongé est accusé par beaucoup d'auteurs de produire l'atrophie utérine. Frömmel, Chiara, Hart et Barbour, Simpson, sont du nombre de ceux qui l'incriminent. La question est aujourd'hui encore fort discutée, et l'on ne peut dire au juste quelle est l'influence de l'allaitement sur l'involution utérine en général, ni surtout de quelle façon elle s'exerce. Les uns l'accusent de retarder l'involution, les autres, au contraire, prétendent qu'il la favorise. Ce qui paraît certain, c'est qu'il se produit quelquefois chez les nourrices des superinvolutions transitoires qui cessent avec l'allaitement et dont Aug. Martin (1) a beaucoup parlé. Pour nous, rien n'est encore démontré, mais nous signalerons la malade qui fait l'objet de notre observation XII comme un exemple d'atrophie utérine où l'allaitement prolongé a été relevé dans les antécédents.

Les femmes que nous avons l'occasion de voir dans les hôpitaux, appartenant presque toutes à la classe ouvrière, sont de celles que la période post-puerpérale ne laisse pas longtemps inactives. Toutes se sont levées, à chacun

1. Aug. Martin. *Traité clinique des maladies des femmes*. Traduct. Varnier et Weiss.

de leurs accouchements, au neuvième, huitième, troisième jour même après l'accouchement ou après l'avortement. Or, il est admis par tous les auteurs que l'utérus a besoin de repos dans les suites de couches et que sa régression se fait mal chez les femmes qui se lèvent et surtout qui travaillent trop tôt. Il est vrai qu'en général c'est un retrait insuffisant de l'organe, une subinvolution, par conséquent, qui résulte d'un pareil état de choses, mais une sclérose utérine, une superinvolution peut tout aussi bien en résulter. En effet, puisqu'il est admis que l'involution utérine se compose de deux processus : 1° Résorption des éléments anciens ; 2° création d'éléments nouveaux, n'est-il pas admissible que ce véritable surmenage de l'utérus pendant les suites de couches empêche la formation de ces éléments nouveaux nécessaires à la reconstitution de l'organe ? N'est-ce pas, d'ailleurs, l'avis de Schröder quand il dit : « Les altérations que présente alors l'utérus sont le résultat d'une régression défectueuse jointe à une formation insuffisante de fibres nouvelles » ?

Nous arrivons donc, en définitive, à cette conclusion que la plupart des cas d'atrophie utérine puerpérale sont d'origine infectieuse. C'est d'ailleurs ce qui ressort de l'étude des cas qui nous ont servi pour écrire cette thèse. Dans presque tous, en effet, nous trouvons l'infection puerpérale lors du dernier accouchement ou du dernier avortement. Parmi nos malades, on en trouve chez lesquelles elle a éclaté franchement, causant des désordres graves, des péritonites généralisées ou partielles dont les traces, parfois, sont encore appréciables. A d'autres, on arrive à faire avouer quelques

atteintes de cette « fièvre de lait » que les malades considèrent presque toutes comme normale, opinion que se gardent bien de contredire la plupart des sages-femmes et même encore quelques praticiens mal éclairés pour lesquels, en effet, elle est presque de règle. Chez d'autres enfin, on signale des métrorrhagies ayant suivi l'accouchement, et l'on constate très souvent l'existence d'endométrites qui ne peuvent être mises que sur le compte de l'infection. N'est-ce pas aussi à l'infection puerpérale que ressortissent ces atrophies qui, d'après Schroeder, dériveraient d'une endométrite purulente.

Enfin il est un genre spécial d'atrophie puerpérale, atrophie médiate pour ainsi dire, que l'on peut ranger dans la même catégorie. Nous voulons parler de cette sorte de superinvolution qui suit quelquefois la subinvolution. Celle-ci passe en général par deux grandes phases : une phase de sclérose molle, répondant exactement à « l'engorgement utérin » des auteurs de la première partie de ce siècle, et qui est plus spécialement la subinvolution, et une phase d'induration, répondant à la « métrite parenchymateuse ». Il est des cas où le travail de sclérose continue après l'installation de cette phase d'induration et où l'hypertrophie se change en atrophie, et cela non seulement dans des subinvolutions abandonnées à elles-mêmes mais encore dans des métrites chroniques mal soignées. Or, la subinvolution étant presque toujours d'origine infectieuse, c'est encore l'infection puerpérale qui doit être mise en cause ici, comme presque partout ailleurs.

Il nous reste maintenant quelques mots à dire de ce

genre spécial d'atrophie utérine qui relève d'une affection grave des organes génitaux autres que l'utérus, que cette affection soit l'oophoro-salpingite dont parle Pozzi ou plutôt la *paramétritis atrophicans* de Freund (1). Dans l'étiologie de cette affection, Freund incrimine principalement les excitations des organes génitaux tels que l'onanisme, le coït incomplet ; les accouchements multiples suivis de lactation prolongée. Nous publions parmi les observations qui font suite à cette thèse un cas qui nous semble typique de paramétrite atrophiante de Freund (Obs. V). Au point de vue étiologique, nous n'y relevons guère que l'infection puerpérale, due au manque de soins absolu qui a suivi l'accouchement. Nous devons avouer que n'ayant pas lu, à l'époque où l'observation a été prise, le travail de Freund, nous n'avons pas pu interroger la malade (chose d'ailleurs délicate et peu facile) sur le chapitre des excitations sexuelles.

Il est certain que, dans un grand nombre de cas, on trouve des atrophies utérines post-puerpérales accompagnées de lésions des annexes ou de traces de paramétrite ancienne englobant des annexes déjà atrophies. Nous remarquons pour notre part, que dans les 12 observations autres que celles dont nous venons de parler, nous avons signalé trois fois des lésions annexielles qui sont toujours des scléroses de l'ovaire. Mais une question reste toujours en suspens qu'il nous semble bien difficile de résoudre : étant donnés un utérus et des ovaires atrophies, quel est celui des organes dont la lésion est pré-

1. Freund. *Gynæk. Klinik.*, Strasburg, 1885.

existante à celle de l'autre? Ceci n'infirme en rien l'opinion de Freund qui fait de la paramétrite la cause première de toutes ces atrophies, mais cela laisse pendante la question de savoir si l'atrophie a été descendante des annexes à l'utérus ou, au contraire, ascendante et partie de l'utérus pour arriver à l'ovaire.

En dehors de ces notions étiologiques, la pathogénie de l'atrophie utérine est peu connue et l'anatomie pathologique n'en est pas faite. La raison en est fort simple : comme on ne meurt pas de cette affection, les autopsies manquent totalement. Les rares cas dans lesquels on a pu la pratiquer sont décrits, comme celui de J. Simpson, d'une façon très sommaire. Aussi, d'un côté comme de l'autre, en est-on presque exclusivement réduit aux conjectures.

Nous avons vu plus haut que les grandes diathèses semblaient influencer sur la production de l'atrophie puerpérale, que la tuberculose, le diabète, la syphilis pouvaient être incriminés. Nous croyons que ces maladies jouent un rôle éloigné dans la pathogénie de l'infection ; qu'à côté d'elles, les affections d'ordre génital, les maladies utérines et péri-utérines (presque toutes de nature infectieuse) jouent le rôle immédiat. Cette opinion est d'ailleurs celle de Grynfeldt (1) puisqu'il dit : « Il est certain que, pour la production d'un tel effet de dénutrition sur l'appareil utéro-ovarien, devenu un *locus minoris resistentiæ* par le fait de la régression post-puerpérale, il faut le plus souvent que l'organisme entier soit entaché

1. Grynfeldt, *loc. cit.*

d'un vice dyscrasique profond entretenant un trouble permanent de la nutrition capable de susciter un travail de désassimilation aussi considérable (1). » L'infection agit, en un mot, sur un terrain déjà préparé par la diathèse et le puerpérium et l'atrophie s'établit.

Elle s'établit, le plus souvent, par superinvolution.

Depuis la thèse de Wieland (2), parue en 1858, on connaît bien le phénomène connu sous le nom d'involution utérine. On dénomme ainsi le travail qui s'accomplit dans le tissu utérin pour permettre à la matrice distendue et hypertrophiée par la gestation de revenir à son état primitif et normal. En d'autres termes, et pour emprunter la définition de l'un des auteurs qui ont le mieux étudié l'involution, Meola (3) : « le processus d'involution après l'accouchement n'est autre chose que le contraire du processus d'évolution pendant le temps de la grossesse. » Ce processus d'involution a été diversement interprété par les auteurs qui s'en sont occupés, les uns y voyant une dégénérescence graisseuse des fibres utérines de nouvelle formation, d'autres une atrophie générale des fibres développées pendant la gestation, d'autres un développement exagéré du tissu conjonctif intermusculaire (c'est l'opinion de Meola), d'autres enfin un processus mixte, englobant deux ou plusieurs des théories précédentes (4). Quoi qu'il en soit, l'utérus revient sur lui-

1. Grynfeldt, *loc. cit.*

2. Wieland, th. de Paris, 1858.

3. Meola, in *Morgagni*, 1884.

4. Une des opinions les plus récentes, celle de Sanger (1893), prétend qu'il n'y a pas destruction granulo-graisseuse de quel-

même après l'accouchement, et, d'après Avrard (1) le retrait *histologique* n'est terminé que vers le soixante-dixième ou soixante-douzième jour du post-partum.

C'est là ce qui se passe quand cette involution utérine est normale, d'où il suit que le processus peut être vicié de deux façons : ou par insuffisance dans l'involution, ou par excès, au contraire ; dans le premier cas, il y a subinvolution, superinvolution dans le second.

Bien que nous n'ayons pas à trancher le débat, nous estimons que l'involution utérine n'est pas le fait d'un processus unique, mais qu'elle est composée de plusieurs processus qui se complètent l'un l'autre.

Aussi la superinvolution ne se montre-t-elle pas une et toujours la même : ses résultats sont loin d'être constants.

ques fibres musculaires, mais seulement d'une partie de la masse protoplasmique des cellules qui devient granulo-graisseuse, laissant intacte le noyau et le protoplasma périnucléaire.

1. Voir sur l'involution utérine :

Wieland. Th. de Paris, 1838.

Autefage. Th. de Paris, 1868.

Aviard. Th. de Paris, 1880.

Chenet. Th. de Paris, 1878.

Mayor. In *Arch. de Physiologie norm. et patholog.*, 1887.

Sanger. In *Centralblatt. f. Gynæk.*, 1888-1889.

Ries. In *Centralblatt f. Gynæk.*, 1893.

Segay. In *Journ. Médic. de Bordeaux*, 1890-1891.

Neumann. *Der Frauenartz*, 3^e édit., 1888.

Milson. Th. de Lyon, 1880.

Meola. *Loc. cit.*

Bossi (L. M.). *Mem. d. r. Acad. Méd. in Genova*, 1837-1883.

Tout d'abord, la dégénérescence graisseuse ne peut être considérée que comme un état transitoire qui ne peut devenir permanent. Qu'il y ait au commencement de l'atrophie utérine une stéatose exagérée, nous croyons que cette opinion est soutenable ; mais cette dégénérescence existe, à notre avis, en même temps et au même titre que l'hyperplasie conjonctive. Plus tard, l'hypertrophie du tissu conjonctif existe seule, et l'atrophie des parois commence.

Dans certains utérus, la superinvolution s'établit d'emblée : l'organe, après l'accouchement, revient peu à peu sur lui-même, puis, arrivé aux dimensions qu'il devrait posséder normalement, au lieu de s'arrêter, de rester l'utérus normal et physiologique qu'il était redevenu, il continue à décroître, et cela sans que sa forme où les rapports de ses parties entre elles changent.

Aussi, quand on examine un de ces utérus, trouve-t-on un corps petit, très dur, très scléreux, dans lequel l'atrophie s'est établie tout d'un coup, primitivement pour ainsi dire. Arrivé à cette circonstance que donne ce degré d'atrophie, l'utérus ne bouge plus, ne progresse plus dans aucun sens, sauf dans quelques circonstances où nous verrons que le pronostic peut s'éclaircir. Dans ces utérus, le tissu conjonctif s'est sclérosé en même temps qu'il s'hyperplasiait. Ce genre de superinvolution, connu depuis déjà longtemps, a reçu de Scanzoni (1) d'abord, de Frommel (2) ensuite, le nom d'*atrophie concentrique* qui

1. Scanzoni. *Mal. des femmes*.

2. Frommel. *Loc. cit.*

exprime bien que l'atrophie a porté en même temps et dans les mêmes proportions sur les parois et la cavité de l'organe.

Dans d'autres cas, l'atrophie se fait en deux temps, il y a une phase d'atrophie molle (correspondant à l'hyperplasie conjonctive), et une phase d'atrophie dure, inodulaire (phasé terminale correspondant à la sclérose du tissu conjonctif hyperplasié).

En d'autres termes, on a, au commencement, un utérus, ayant conservé, la plupart du temps, une cavité de diamètre vertical normal, dont la forme est assez ordinairement à la fois allongée et aplatie, dont l'atrophie semble peu nette et dont la caractéristique est une mollesse considérable des parois, mollesse spéciale qui fait que l'on peut comparer la sensation que donne cet utérus avec celle que donnerait, à travers les parois vaginale et abdominale, la palpation d'une langue. C'est là le premier stade. Le tissu conjonctif est hyperplasié, il a beaucoup augmenté d'importance, il étouffe entre ses mailles resserrées les fibres musculaires de l'utérus. Le tout, tissu conjonctif exagérément développé et fibres musculaires étouffées, donne une sensation fibro-conjonctive spéciale « ramollie et pâteuse » suivant l'expression de Schröder, et dont, comme nous venons de le dire, le caractère principal est la flaccidité.

Un certain nombre d'utérus ne dépassent point cette phase d'atrophie molle. C'est à ce genre de superinvolution que Scanzoni avait donné le nom d'*atrophie excentrique*, c'est-à-dire où la cavité est conservée, tandis que les parois sont diminuées de volume.

Aug. Martin (1) a également bien vu ces deux formes molle et scléreuse de l'utérus atrophie. Il s'exprime ainsi : « L'atrophie utérine de la puerpéralité se montre sous deux formes différentes et produit des modifications de tissu remarquables. Tantôt on voit survenir une flaccidité extrême de la musculature utérine... La deuxième forme d'atrophie puerpérale amène un ratatinement de l'utérus qui rappelle celui de la ménopause. »

Parfois, les utérus mous dont nous venons de parler, tout au début du travail atrophiant, et alors qu'ils n'en sont pas arrivés au degré de flaccidité extrême que nous avons signalé, semblent au contraire plus gros qu'à l'état normal. Ils sont allongés, présentent la forme d'une masse longitudinale qui, quelquefois, mesure plus de 65 millimètres de longueur. Mais, si l'on mesure leur épaisseur, on trouvera déjà leur diamètre transversal réduit d'un tiers, si on le compare au diamètre transversal d'un utérus normal. Leur consistance est moins dure que celle de l'organe sain, mais moins molle encore que celle des utérus tout à fait atrophies. Elle est très comparable à la consistance demi-turgescente de ces énormes allongements hypertrophiques du col utérin qui pendent au dehors de la vulve. Nous avons eu l'occasion de voir quelques-uns de ces utérus. Le manque de longueur du diamètre transversal peut seul permettre d'en faire des organes en voie d'atrophie. D'ailleurs il est des cas où l'on a vu se compléter le travail d'atrophie ; l'utérus déjà trop petit en travers se raccourcit peu à peu dans

1. Aug. Martin, *loc. cit.*

sa longueur et reprend la forme régulière, mais il n'est plus alors qu'une sorte d'utérus en miniature. On pourrait dénommer cette phase où l'utérus semble hypertrophié dans le sens de la longueur : *atrophie pseudo-hypertrophique*.

Que devient, pendant ce temps, la muqueuse utérine ? Ici le processus de destruction totale ou partielle nous est actuellement inconnu. Toujours est-il que le revêtement muqueux de l'utérus disparaît quelquefois (et alors son absence se manifeste par l'aménorrhée totale) que d'autres fois il persiste quelques éléments de muqueuse, privés cependant d'une partie de leurs qualités normales. C'est dans ces cas que l'on observe des dysménorrhées de types divers depuis l'aménorrhée presque permanente jusqu'aux ménorrhagies. D'autres fois enfin, cette muqueuse s'enflamme et donne lieu à des endométrites qui révèlent leur présence par des métrorrhagies. En réalité, le travail atrophique se poursuit également dans chacun des éléments constitutifs de l'utérus. Dans des organes très atrophies, scléreux, conjonctifs pour ainsi dire, l'endomètre a perdu sa puissance physiologique comme le muscle utérin a perdu la sienne. Dans des organes moins atrophies, au contraire, il reste des vestiges de muqueuse utérine, suffisants quelquefois, comme nous le verrons plus loin, pour permettre de porter un pronostic moins sombre.

Il nous reste maintenant, pour terminer ce court aperçu pathogénique et anatomo-pathologique, à dire quelques mots des lésions qui caractérisent la paramétrite atrophifiante chronique dont nous avons parlé au chapitre

« Etiologie » et sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir.

Cette atrophie consiste, d'après Freund, en une atrophie cicatricielle, une cirrhose du tissu conjonctif qui se rétracte, devient dur, lésion qui, grâce à la continuité des fibres conjonctives des organes du petit bassin entre elles et partie de la base des ligaments larges, habituellement, s'étend en avant autour de la vessie, en arrière vers les ligaments utéro-sacrés, englobe peu à peu les ligaments ronds, les ligaments larges, puis l'ovaire, la trompe, et de là gagne l'utérus qu'elle réduit à l'état d'organe conjonctif inutile, qu'elle atrophie en un mot. La consistance de l'utérus ne peut être dans ces cas reconnue qu'à l'autopsie, car le petit bassin tout entier ne donne sur le vivant qu'une seule sensation générale d'empatement scléreux, dans lequel l'examen le plus minutieux et le plus habile ne permet de rien distinguer,

II

SYMPTOMATOLOGIE.

Les auteurs qui se sont occupés de l'atrophie utérine puerpérale ont singulièrement restreint le champ de sa symptomatologie. Pour la plupart d'entre eux, en effet, ces symptômes se réduisent à deux : au point de vue fonctionnel, l'aménorrhée ; au point de vue physique, la réduction de volume de l'utérus, constatée par le palper abdominal joint au toucher vaginal ou rectal. Ces symptômes à notre avis sont beaucoup plus nombreux, et surtout plus complexes.

Ce sont surtout les symptômes fonctionnels qui nous paraissent avoir été par trop diminués de nombre et d'importance, et mériter plus d'étude qu'on ne leur en a consacré jusqu'ici.

Tout d'abord, on a érigé en loi absolue l'existence de l'aménorrhée dans l'atrophie utérine. En tant qu'exclusive, cette proposition est inexacte. La théorie est certainement séduisante qui déclare la fonction supprimée quand l'organe lui-même est profondément atteint. En

réalité, il n'en est pas absolument ainsi. Les femmes dont l'utérus est atrophié présentent toutes, on peut le dire, des troubles de la menstruation. Nous devons ajouter que, de tous ces troubles, l'aménorrhée est celui que l'on constate le plus souvent. Nous l'avons nous-même relevée 4 fois sur 13 observations et 5 autres fois, nous signalons des règles tellement diminuées qu'il s'agit presque d'aménorrhée totale. Les ménorrhagies viennent ensuite, fait qui n'a jamais, que nous sachions, été signalé, et nous les avons rencontrées 3 fois. Nous croyons que ces métrorrhagies dans le cours de l'atrophie puerpérale sont dues à une endométrite, le plus souvent de nature infectieuse, qui aura été dans ces cas spéciaux le point de départ de l'affection parenchymateuse. Chez presque toutes ces malades, en effet, on trouve une muqueuse fongueuse, par places, indiquant une lésion importante du revêtement muqueux de l'utérus. Chez d'autres malades enfin, on trouve des dysménorrhées de tout genre. Les unes sont réglées plus souvent qu'il ne serait normal, mais perdent chaque fois beaucoup moins de sang qu'auparavant. Les autres ont des règles raccourcies en durée, et telle qui perdait autrefois pendant cinq ou six jours n'a plus aujourd'hui que deux jours d'hémorrhagie menstruelle. Chez d'autres, la durée des règles, au lieu d'avoir diminué, a augmenté, mais c'est la quantité de sang perdu qui est moindre. La plupart ont des règles douloureuses. Bref, toutes les irrégularités menstruelles peuvent se produire, et nous n'avons trouvé qu'une malade qui nous ait déclaré ses règles absolument régulières. Mais cette malade n'ayant que des souvenirs fort vagues sur la durée et la

quantité de ses règles de jadis, ne sommes-nous pas autorisé à soupçonner qu'un point quelconque de ses phénomènes menstruels la fait rentrer dans la loi commune ? Ajoutons enfin que chez des femmes présentant une aménorrhée absolue, on a noté la persistance du molimen menstruel (1).

La leucorrhée existe rarement dans l'atrophie utérine, du moins la leucorrhée d'origine métritique. Nous avons néanmoins constaté quelquefois, mais rarement, un très léger écoulement glaireux, d'origine cervicale, par l'orifice externe du col. Les pertes blanches d'autre source qu'utérines, n'ont aucun intérêt au point de vue qui nous occupe. Elles seront le plus souvent sous la dépendance d'une infection due au gonocoque.

Mais, à côté de ces symptômes locaux, il existe toute une série de symptômes à distance et de symptômes généraux qui sont loin d'être, comme certains auteurs pourraient le donner à penser, une quantité négligeable. Tout d'abord les phénomènes douloureux :

La douleur siège le plus souvent dans l'hypogastre et revêt là le caractère d'une douleur sourde qui ne présente jamais de grandes exacerbations. Néanmoins elle est parfois assez forte pour empêcher de dormir les malades qui la ressentent. Dans la région lombaire où on la trouve aussitôt très fréquemment, elle est au contraire violente, lancinante, comparée par toutes les malades à des tiraillements fort pénibles. Nous l'avons trouvée parfois localisée aux régions inguinales et dans un cas (obs. de

1. Observation de Jaquet, *loc. cit.*

paramétrite atrophiante n° V) cette douleur, extrêmement vive, siégeant dans le côté droit de l'hypogastre, irradiait dans l'épaule droite et privait presque complètement de repos cette malade depuis plus de deux mois.

A ces symptômes fonctionnels proprement dits, dysménorrhéiques ou douloureux, se joignent le plus souvent des symptômes généraux que presque tous les auteurs ont cités. Les malades atteintes de l'atrophie qui nous occupe sont des *nerveuses* dans toute l'acception du terme : elles dorment mal (en dehors de celles chez lesquelles la douleur est très vive), ont peu d'appétit et digèrent mal. Elles pleurent et rient sans raison. L'une des malades qui font le sujet de nos observations était, à chaque examen, prise d'un incoercible fou rire auquel succédaient brusquement les pleurs, les grincements de dents et les contorsions de l'attaque de nerfs. Mais jamais, quoiqu'elle ait été signalée par Schröder (1), Hart et Barbour (2), etc., nous n'avons rencontré l'hystérie.

Beaucoup d'auteurs insistent également sur un point qui a totalement échappé à des recherches. D'après eux la femme atteinte d'atrophie utérine, et spécialement de superinvolution, présente un facies ratatiné spécial qui en fait une vieille femme, bien avant l'âge. Nous n'avons jamais fait de remarque de ce genre sur aucune de nos malades. Ce qui est plus vrai, ce que nous avons constaté

1. *Loc. cit.*

2. *Loc. cit.*

souvent c'est l'anaphrodisie à peu près complète de ces femmes: non-seulement elles n'éprouvent aucun désir de rapprochement sexuel, mais encore le coït ne leur procure aucune sensation voluptueuse.

Si nous passons maintenant à l'examen physique de notre malade, nous verrons que l'inspection, la palpation de l'abdomen peuvent être laissées absolument de côté comme ne pouvant donner aucun renseignement. Trois moyens d'investigation devront être employés qui sont :

1° Le toucher vaginal combiné à la palpation abdominale.

2° Le toucher rectal combiné à l'abaissement de l'utérus.

3° L'examen au spéculum et l'hystérométrie.

Le toucher vaginal, employé seul, peut déjà donner quelques renseignements sur l'état du col. Combiné à la palpation abdominale, il sera un fort bon moyen d'examen de la consistance et de la longueur de l'utérus, de ses déviations possibles, de sa mobilisation facile ou au contraire impossible, etc.

A notre avis le meilleur moyen d'investigation est la méthode dite de Hégar (1) ou toucher rectal combiné avec l'abaissement de l'utérus. On saisira le col de préférence par sa lèvre postérieure au moyen d'une pince à griffes (on peut employer indifféremment la pince tire-balles américaine, la pince de Museux ou tout autre instrument du même genre), et on l'abaissera le plus possible en même temps que l'on pratiquera le toucher rectal.

1. Hégar. *Operative gynakologie*. Stuttgart, 1874.

La pulpe de l'index parcourra successivement à travers la cloison recto-vaginale, la face postérieure du col, puis du corps et renseignera ainsi sur la longueur de l'utérus mesurée par rapport à la longueur des phalanges de l'index. Avec de l'habitude on arrive bien par cette méthode à se renseigner sur la consistance de l'organe. Ce procédé de toucher rectal sera également excellent pour se rendre compte de l'état des annexes dont elle rend l'examen plus facile que par le toucher vaginal. Il faut néanmoins savoir qu'il est un certain nombre de cas où l'abaissement de l'utérus sera absolument impossible. Cela se produira toutes les fois qu'une paramétrite enclavera complètement la matrice ou même n'aura fait que laisser des adhérences péritonéales, ligamenteuses, assez fortes pour s'opposer à toute mobilité de l'utérus.

L'hystérométrie absolument indispensable pour connaître les dimensions de la cavité utérine, peut se faire avec ou sans l'aide du spéculum : l'emploi de cet instrument étant néanmoins utile pour inspecter convenablement la portion vaginale et l'orifice externe du col, il sera préférable d'y avoir recours. L'hystérométrie est rendue beaucoup plus facile par l'emploi de la pince à griffes qui en abaissant légèrement le col sur lequel elle est appliquée, l'empêche de se laisser repousser par l'extrémité de l'instrument. Il est bien entendu que l'asepsie la plus scrupuleuse doit être exigée pendant l'hystérométrie.

La première notion que donneront ces différents modes d'examen aura trait à la diminution du volume de l'organe, diminution parfois très facile à apprécier, par-

fois, au contraire, fort difficile. Ils renseigneront en outre sur la forme de l'utérus et sur sa consistance. Et ici, nous répéterons ce que nous avons dit au chapitre précédent, à savoir que l'on trouvera à la palpation, deux sortes d'atrophies utérines, l'une correspondant à l'atrophie concentrique de Scanzoni et Frömmel, dans laquelle l'utérus est petit, scléreux, franchement atrophié, où la cavité est notablement diminuée de volume, l'autre correspondant à l'atrophie excentrique des mêmes auteurs, où l'utérus est de taille presque normale, possède une cavité presque normale également, mais des parois molles qui donnent l'impression d'une langue que l'on palperait entre les deux mains, car il est, comme une langue, aplati, allongé et flasque.

Ces deux sortes d'atrophie ne sont pas seulement distinctes par la consistance de l'utérus dans les deux cas, elles le sont encore par sa situation dans le petit bassin. Dans le premier cas, on a le plus souvent affaire à un utérus fixé, presque immobilisé (dans une position vicieuse souvent, et surtout en rétroversion) ; c'est dans ces cas que l'on trouve surtout dans le voisinage de l'utérus des vestiges de paramérite ancienne. Dans le second cas, on trouve un utérus facilement mobilisable, sans situation fixe, auquel la palpation bi-manuelle peut faire prendre tour à tour toutes les positions.

Le col de ces deux utérus est également dissemblable. Le col de l'utérus scléreux, inodulaire, est petit, réduit souvent à l'état de moignon. Son orifice externe est fermé, quelquefois même atrésié. Le col de l'utérus flasque est souvent de volume normal, parfois même, il semble

hypertrophie, mais c'est que la flaccidité de son tissu le rend facilement extensible et que l'écartement des valves du spéculum l'étale. Il est entr'ouvert, d'une coloration blafarde, il a l'air d'une partie d'organe mort, où la circulation ne se fait plus.

Il faut ajouter ici que Frommel a voulu donner une étiologie spéciale à chacune de ces deux formes d'atrophie. Pour lui, on trouverait l'atrophie concentrique chez les femmes qui n'ont eu que peu d'accouchements, et elle paraîtrait se produire surtout à la suite de lactation prolongée. Au contraire, l'atrophie excentrique serait surtout l'apanage des grandes multipares. Schroeder semble plutôt faire de cette dernière forme une forme spéciale aux femmes atteintes d'infection puerpérale.

Pour reconnaître la longueur de l'utérus lui-même, nous avons vu que le meilleur moyen à employer était le toucher vaginal combiné à la palpation abdominale, ou même de préférence, le toucher rectal combiné avec l'abaissement au moyen de la pince à griffes. Voyons maintenant comment on doit mesurer la cavité de l'utérus au moyen de l'hystéromètre. Il faut, pour que l'hystérométrie soit bien faite, donner à l'instrument une courbure s'adaptant à la direction de la cavité, ce qui est quelquefois délicat dans les cas de version ou de flexion prononcées. De plus il faut ne s'arrêter que quand on est bien certain de toucher le fond, sensation qui ne s'acquiert que par la pratique, surtout quand il s'agit d'utérus flasques. On a signalé, de plus, dans ces cas d'atrophie excentrique, la perforation par l'hystéromètre de ces parois molles et friables (Frömmel, A. Martin). Il faut savoir que si l'examen est

fait dans des conditions d'asepsie parfaite, la perforation de l'utérus peut être considérée comme dénuée de gravité.

Voici le résultat de nos observations au point de vue de ces dimensions de l'utérus lui-même et de sa cavité. Les utérus que nous avons eu à examiner mesuraient en moyenne 50 millimètres de cavité et 55 millimètres de longueur totale. Deux d'entre eux avaient une longueur de 50 millimètres au maximum et une cavité de 40 millimètres. Un (Obs. VII) mesurait 45 millimètres de longueur totale seulement.

Nous devons avouer ici que les chiffres extrêmes que nous venons de citer sont de beaucoup dépassés dans certaines observations tirées des auteurs. C'est ainsi que la malade qui fait l'objet de l'observation de Grynfeldt avait un utérus de 35 millimètres de longueur, que deux malades de Jaquet possédaient des utérus dont la longueur totale était de 15 millimètres.

Nous citons ici, à titre de curiosité, des observations où, d'après les auteurs, l'atrophie serait portée à son comble, puisque l'utérus aurait complètement disparu.

Observation de Walter Whitehead, publiée dans le numéro du 12 octobre 1892 du *Britisch medical Journal* (1).

1. Cette observation, traduite dans le numéro 5 (13 déc. 1872) de la « *Gazette de Joulin* » est également citée par Barnes (*Traité des maladies des femmes*).

Ann... Dawson, âgée de 39 ans, entra à l'hôpital, au mois d'avril dernier. Mariée à 25 ans, elle eut quatre grossesses en 3 ans 1/2. Les règles, régulières entre chaque grossesse, étaient survenues à l'âge de 12 ans. Ses deux premiers enfants naquirent à 7 et 8 mois de gestation, les autres à terme. Le dernier accouchement fut accompagné d'une perte grave, et les lochies présentèrent l'aspect d'un liquide brun et aqueux, dont l'écoulement persista une quinzaine de jours sans se modifier.

La convalescence se prolongea plus de deux mois sans qu'on ait constaté de maladies aiguës. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis 12 mois, les règles ont absolument disparu ; pas de leucorrhée, pas de sensations ou de désirs vénériens. Aucun phénomène périodique qui pût être attribué à une déviation des règles. Seulement, il y a quatre ans, elle eut un vomissement de sang, et depuis une année, chaque matin, le mucus nasal était sanguinolent. Les seins sont flasques et la glande mammaire semble atrophiée.

Le toucher vaginal permet de constater l'absence du col de la matrice et le doigt rencontre seulement une ouverture à contours irréguliers à la place de son orifice. L'examen au spéculum confirme l'absence du col de la matrice et révèle la présence d'une petite excroissance sur le bord droit de l'ouverture dont nous venons de parler. Une sonde en gomme élastique passe sans résistance par cette ouverture jusqu'à une profondeur de 21 centimètres et son extrémité peut être perçue à travers la paroi abdominale à 5 centimètres au-dessous de l'ombilic. On peut la faire mouvoir latéralement dans un espace de 5 centimètres de chaque côté de la ligne médiane. On constate également l'absence de l'utérus par le toucher rectal combiné avec l'introduction d'une tige rigide dans la vessie. Ces explorations qui n'étaient nullement douloureuses, malgré leur danger apparent, furent répétées par les D^{rs} Therburn, Lloyd, Roberts et Winsler, qui confirmèrent le résultat constaté par le Dr Whitehead.

Pour nous, à qui cette observation paraît un peu extraordinaire, comme elle l'a paru à tant d'autres, nous nous demandons surtout avec étonnement où la sonde rigide pouvait se trouver à une pareille profondeur et ensuite quel était l'obstacle qui en limitait la pénétration à 21 centimètres et l'empêchait de pénétrer jusqu'à l'extrémité supérieure de la cavité abdominale. Joulin, dans l'article cité, trouve que cette observation, qui est très intéressante, prouve que l'utérus a subi une modification très complète dans sa texture, mais qu'elle ne prouve pas le moins du monde la disparition de l'organe. Pour Lawson-Tait (*British medic. Journal*), la sonde avait dû perforer le fond de l'utérus. Quel que soit le bon de ces deux avis, tous deux sont, en tout cas, autrement admissibles que celui de W. Whitehead.

Dans le même volume de la *Gazette de Joulin*, à la page 93, on trouve la traduction d'une réponse à l'observation de Whitehead par Bolton (*Brit. med. J.*, 26 octobre 1872). Celui-ci cite deux cas d'absence de l'utérus chez des femmes multipares ayant dépassé la ménopause. Mais jamais une sonde n'a pu être introduite dans la fossette qui, au fond du vagin, représentait le col utérin.

Pour le signataire de l'article de la *Gazette*, l'auteur se serait trouvé en présence de l'oblitération de l'orifice externe habituel chez les femmes ayant dépassé la ménopause (voy. Thèse de F. Guyon). Il serait évidemment fort étonnant que Bolton eût commis une erreur aussi grossière, mais nous devons avouer que la note concise

qui est reproduite dans la *Gazette de Joulin*, ne démontre pas qu'il y ait fait un examen attentif des femmes qui en font le sujet, et ses observations réduites à ces quelques lignes n'offrent qu'un intérêt bien superficiel.

Les renseignements concernant la longueur de la cavité utérine sont évidemment les plus intéressants de ceux que l'hystéromètre peut nous donner. Mais il est une autre sorte de renseignements que nous devons demander à ce genre d'exploration, et qui ont une importance très grande au point de vue diagnostic et au point de vue pronostic. L'hystéromètre dans l'utérus nous donne des sensations particulières suivant la façon dont s'est comportée la muqueuse de l'organe pendant que s'établissait l'atrophie. Dans certains cas, nous aurons affaire à des restes fongueux de muqueuse, donnant sous le bec de la sonde une sensation de mollesse caractéristique. Cette muqueuse saigne facilement, et c'est surtout alors que nous verrons l'atrophie utérine s'accompagner de métrorrhagies. Il est rare, dans ces cas, que les règles soient complètement supprimées. Elles sont irrégulières, prolongées, modifiées comme écoulement, etc., mais elles existent. L'examen à l'hystéromètre, dans ces cas, est souvent douloureux. S'agit-il, au contraire, d'atrophie utérine totale, avec aménorrhée absolue, du type parfait de la superinvolution scléreuse? Alors, nous ne trouverons plus de fongosités, nous aurons une surface utérine interne uniformément dure et indolente, lisse souvent, raboteuse parfois, mais ne saignant pas, ne réagissant en aucune façon sous l'instrument. La muqueuse a disparu, ou au moins est tellement modifiée, tellement atro-

phée, que le peu qui en existe encore peut être considéré comme nul et inutile.

Enfin, ajoutons à cela les renseignements que nous donnera l'examen bi-manuel dans les cas de paramérite ayant amené l'atrophie de l'utérus consécutivement à l'atrophie des ovaires ou réciproquement. Ici, le toucher seul suffirait peut-être à distinguer cet empâtement diffus occupant toujours le cul-de-sac postérieur, souvent les culs-de-sacs latéraux, parfois même l'antérieur, de consistance variable, tantôt rénitent, et même dépressible, tantôt, au contraire, d'une dureté ligneuse ou même éburnéenne ou osseuse. Il est, bien évidemment, inutile de chercher à distinguer dans cette gangue l'utérus et les annexes. Le col sera souvent la seule partie des organes génitaux que l'on pourra différencier. A plus forte raison sera-t-il impossible de palper l'ovaire, dont l'étude serait pourtant intéressante et importante.

Nous devons signaler ici, d'après Freund, des symptômes qui ne se rencontrent que dans les cas de paramérite. Ce sont des douleurs à la miction et à la défécation et de la gêne dans l'accomplissement de ces fonctions qui signalent l'envahissement par le processus des tissus conjonctifs péri-utérin et péri-vésical, en même temps que l'action mécanique de compression exercée sur le réservoir vésical et sur le rectum par la masse paramétritique.

Dans certains cas, la paramérite, plus anciennement ou plus facilement résorbable, est à peu près complètement disparue. On trouve un utérus fixé, le plus souvent en rétroversion sérieuse, absolument immobilisable, et l'on

rencontre autour de lui des vestiges de paramétrite ancienne, sous forme d'empâtement très limité du cul-de-sac postérieur, de brides adhérentielles épaississant et tendant les ligaments utérins, de préférence, les ligaments utéro-sacrés, et quelquefois assez difficilement perceptibles au toucher. Dans ces cas, on peut quelquefois arriver à sentir les annexes, mais pas toujours.

Cette étude des annexes doit toujours être faite dans tous les cas d'atrophie utérine. Depuis, en effet, le travail de Freund incriminant l'atrophie des ovaires comme prééminente à celle de l'utérus, il n'est plus permis de passer sous silence l'état des annexes et particulièrement des ovaires, dans les cas dont nous nous occupons.

C'est le toucher rectal, combiné avec l'emploi de la pince à griffes, qui nous permettra le mieux de faire cette exploration. Cette méthode d'exploration des annexes est spécialement préconisée par Hart et Barbour. Mais nous devons dire que, le plus souvent, le toucher combiné au palper suffira à faire l'examen.

Nous n'avons jamais trouvé la trompe malade dans aucun cas d'atrophie de l'utérus. Par contre, nous avons trouvé deux fois les ovaires scléreux et notablement atrophiés, une fois un ovaire gros et sensible par endroits seulement, vraisemblablement scléro-kystique, trois fois les annexes saines.

Les autres fois, les annexes n'ont pas été examinées, par suite d'impossibilité matérielle qu'il faut mettre deux fois sur le compte d'empâtement paramétritique, total une fois (Obs. V), et limité au cul-de-sac postérieur une autre

fois, mais empêchant tout examen des annexes, rattachées avec l'utérus.

Nous n'avons pas à conclure dans cette question de priorité de l'atrophie. Nous ne pouvons nous prononcer en faveur de l'utérus ou des ovaires, comme point de départ du processus, et nous estimons que la question restera encore longtemps irrésolue.

III

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic de l'atrophie utérine post-puerpérale nous paraît des plus faciles. La présence, chez une femme jeune, ayant accouché ou avorté dans un délai relativement court, d'un utérus petit, scléreux ou ramolli, semblant privé de ses fonctions physiologiques ou du moins impropre à les remplir, d'une aménorrhée persistante ou du moins de règles diminuées et irrégulières, de quelque façon que ce soit, voilà des éléments suffisants, semble-t-il, pour établir en présence de quelle affection on se trouve.

Néanmoins il est encore un certain nombre d'affections avec lesquelles on pourrait, à la rigueur, confondre la superinvolution, aussi n'est-il peut-être pas inutile d'attirer l'attention sur quelques points du diagnostic différentiel que l'on peut être appelé à établir.

Hait et Barbour (1) ont bien énuméré les trois affec-

1. Hart et Barbour. *Loc. cit.*

tions avec lesquelles doit être fait ce diagnostic différentiel. Malheureusement ils s'en sont tenus à cette énumération, sans donner les éléments de ce diagnostic que nous allons essayer d'établir.

On doit établir le diagnostic différentiel avec :

1° Les malformations congénitales;

2° L'atrophie congénitale;

3° L'atrophie sénile.

Comme malformation congénitale, on doit signaler au premier rang l'absence complète de l'utérus. Ces cas sont excessivement rares et, comme dit Schroder, quand les ovaires font en même temps défaut, on peut dire la privation du sexe, dans le sens strict du mot, complète.

Plus fréquents, quoique rares encore, sont les cas où l'utérus est resté à l'état rudimentaire. Qu'il s'agisse d'un utérus représenté seulement par un épaissement de la paroi postérieure de la vessie, comme celui qu'a décrit J. Veit (1) ou par des travées fibro-musculaires étendues entre les deux trompes (Langenbeck, Nèga), ou encore d'un utérus *bi-partitus*, malformation qui paraît plus fréquente que les précédentes, aucun de ces cas ne mérite de nous arrêter longuement. Les femmes qui sont porteurs d'organes aussi rudimentaires ne sont pas des femmes au véritable sens du mot. Elles n'ont jamais été réglées; à plus forte raison n'ont-elles jamais conçu (2).

L'utérus infantile et l'atrophie congénitale doivent être étudiés avec plus d'attention. En effet, si l'aménorrhée

1. Veit. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie*.

2. Martin (Aug.) dit avoir trouvé quatre femmes chez lesquelles on ne pouvait constater le moindre vestige des

est de règle chez les femmes atteintes de ce genre de malformation, il n'en est pas moins vrai que la menstruation a été signalée chez quelques-unes d'entre-elles, et même des ménorrhagies. Ces femmes n'ont jamais accouché, cela est vrai, mais le diagnostic d'un avortement fait de très bonne heure est souvent fort difficile, et nous avons vu que l'atrophie puerpérale avait été signalée plusieurs fois chez des femmes n'ayant eu en tout qu'un avortement.

« Ce qui caractérise surtout l'utérus infantile, c'est la
« disproportion du col et du corps de l'utérus. Le corps
« n'a qu'un tiers ou un quart de la longueur totale de
« l'utérus, les parois du corps sont peu développées, pres-
« que membraneuses parfois, tandis que celles du col
« présentent une épaisse musculature » (1). En somme
l'utérus reste, chez ces femmes, ce qu'il était au moment
de la naissance. C'est l'utérus *tout en col* du fœtus à
terme. Il s'est développé normalement pendant la vie
intra-utérine. Il a cessé absolument tout développement
du jour où l'enfant est né. Les femmes atteintes de cet
utérus incomplet sont rarement complètes au point de vue
de leurs autres organes génitaux. Elles ont la vulve
étroite, imparfaitement développée, le vagin court,
étroit (2), les seins petits, rudimentaires, le pubis glabre.

canaux de Müller. A côté de ces quatre cas, il en a vu sept où
les organes génitaux étaient représentés par des cordons ou
des tubercules (A. Martin, *loc. cit.*).

1. Schröder. *Loc. cit.*

2. Nous avons eu tout récemment encore l'occasion de voir,
une femme jeune, et, chose extraordinaire, bien développée au

Leurs ovaires manquent ordinairement ou sont, quand ils existent, considérablement atrophies.

C'est encore cet aspect infantile de la malade entière qui permettra de faire le diagnostic d'atrophie congénitale de l'utérus. Ce genre de malformation, nommé par Puech (1) *utérus pubescent*, et par Virchow (2) *hypoplasie de la matrice*, se distingue de l'utérus infantile en ce que l'utérus, tout en restant fort au-dessous de la moyenne au point de vue des dimensions, est normal au point de vue de la forme générale, c'est-à-dire quant aux rapports de ses parties entre elles. Cette forme d'atrophie se rapproche beaucoup de ce que nous avons vu chez les puerpérales, et c'est également dans ce genre d'atrophie congénitale qu'on a le plus souvent signalé la présence anormale des règles et même des ménorrhagies. Cet utérus se rencontre surtout chez les scrofuleuses, les tuberculeuses, les chlorotiques, et coïnciderait chez elles, d'après Schrœ-

point de vue extérieur, qui vint consulter à l'Hôtel-Dieu quelques mois après un avortement de 2 mois. L'utérus était notablement atrophie et flasque, mais le col était au moins de longueur et de grosseur normales. La partie supérieure du vagin était rétrécie au point que l'index et le médius ne pouvaient parvenir, placés de champ, au niveau du col. Ces différents signes, chez une femme bien portante, mais ordinairement peu et mal réglée, permirent de porter le diagnostic d'utérus infantile. La grossesse avait commencé dans cette cavité utérine, mais n'avait pu s'y développer. Ce n'était plus là un utérus atrophie par la puerpéralité, mais une grossesse arrêtée au bout de peu de temps par l'atrophie infantile préexistante.

1. Puech. *In annales de Gynécologie*, 1874.

2. Virchow. *Berliner Beitræge Z. Geb. und. Gyn.* I.

der (1), avec une petitesse congénitale du cœur et des gros troncs artériels.

Le diagnostic facile dans les cas ordinaires devient fort difficile quand la femme que l'on examine ne présente pas d'atrophie ou d'état rudimentaire général ou plus spécialement génital qui puisse mettre sur la voie.

Le diagnostic différentiel avec l'atrophie sénile est, de beaucoup, celui de tous qui puisse être le plus délicat. Il s'agit là de femmes antérieurement bien réglées, qui ont eu des accouchements ou des avortements, et dont la vie génitale a cessé plus ou moins brusquement pour ne plus reparaitre. Quels sont les signes qui permettront de reconnaître que ce changement dans l'état et les fonctions de la matrice est normal et physiologique ?

Tout d'abord, un premier renseignement nous est donné par l'âge. La plus âgée des malades qui font le sujet de nos observations a 37 ans. Les autres varient entre 20 et 33 ans. Or, à quel âge apparaît d'ordinaire la ménopause ? A Paris, l'âge moyen est de 50 ans, d'après F. Demouy, et dans les différents pays où on l'a étudiée, elle paraît varier entre 40 et 60 ans, et surtout de 45 ans à 55. D'après Leudet, l'âge moyen serait de 47 ans, quatre dixièmes pour les femmes de la classe riche, de 47 ans neuf dixièmes pour les femmes de la campagne et de 48 ans sept dixièmes pour celles de la classe ouvrière (2). On peut bien dire qu'à cet âge, les

1. *Loc. cit.*

2. Ces chiffres sont tirés de l'article « *Menstruation* » du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (MM. Depaul et Guéniot).

grossesses sont, sinon exceptionnelles, du moins fort rares, et l'on n'aura que bien rarement l'occasion de les accuser de l'aménorrhée et de l'atrophie utérines survenues.

Il est de plus un caractère de l'aménorrhée de la ménopause auquel il faudra penser; elle ne s'établit pas brusquement, mais par une succession ininterrompue de troubles variés et divers. Telle femme cessera d'avoir ses règles pendant deux mois qui, le troisième, aura une forte ménorrhagie. Telle autre, au lieu d'être réglée chaque mois pendant trois ou quatre jours, perdra, pendant dix ou douze jours chaque mois, un liquide sanguinolent et pâle. En résumé « ce sont des oscillations très variables dans la durée de l'écoulement, la coloration du sang, son mélange avec les sécrétions leucorrhéiques, etc » (1).

Enfin, l'atrophie même de l'utérus a des caractères particuliers. L'utérus sénile est parfois de taille normale, le plus souvent régulièrement atrophié, mais l'atrophie a une forte tendance à s'accomplir plus complètement du côté du col que du côté du corps (2). A cette atrophie de l'utérus se joint (et c'est là un point important du diagnostic, que nous ne retrouverons qu'exceptionnellement chez nos malades) une atrophie concomitante des organes sexuels autres que la matrice. Le vagin devient étroit et flasque « les grandes lèvres se flétrissent, la vulve prend une teinte vineuse, les poils du

1. Guéniot et Depaul. *Loc. cit.*

2. Guyon. Thèse de Paris, 1858.

pubis blanchissent et tombent. Enfin, les mamelles deviennent flasques et pendantes. La sexualité de la femme tend aussi à s'effacer et ses habitudes, ses goûts, ses fonctions se rapprochent en partie de ceux de l'homme » (1). L'orifice interne du col s'oblitére dans la proportion de treize fois sur vingt et la cavité du col utérin se termine en cul-de-sac (2).

L'orifice externe est souvent atrésié. Si l'on joint à tout cela l'aspect sénile que prend dès le commencement de la ménopause la femme chez laquelle elle s'établit, les changements dans son habitus extérieur, dans ses goûts, dans ses idées, parfois même dans son caractère, on verra que cette erreur peut être considérée comme difficile à faire, qui consisterait à attribuer à la puerpéralité une atrophie utérine qui ne relève que de l'âge critique ».

1. Guéniot et Depaul, *Loc. cit.*

2. Guyon. *Loc. cit.*

IV

PRONOSTIC.

La question du pronostic est certainement la plus importante de toutes celles qui se posent devant nous au point de vue de l'affection qui nous occupe et deux points sont à résoudre :

1° Quelle est l'influence de l'atrophie utérine post-puerpérale sur la vie de la femme en général ?

2° Quelle est-elle au point de vue de sa vie génitale en particulier ?

Quant à la vie de la femme, en général, tous les auteurs sont d'accord. L'atrophie utérine ne met pas en jeu ni même en question l'existence de la malade. Nous avons vu, dans le cours de cette étude, quels genres de troubles l'affection pouvait engendrer. Ce sont tous, quels qu'ils soient, des inconvénients plutôt que des accidents, aucun d'eux n'est sérieusement grave, aucun d'eux ne saurait entraîner une complication importante, ni par conséquent faire penser à une terminaison malheureuse.

Mais quand à la vie sexuelle, le pronostic devient

sérieux, si sérieux même que la plupart des auteurs n'hésitent pas à le considérer comme fatal à ce point de vue particulier, et ils regardent comme inévitable la stérilité de la femme atteinte d'atrophie utérine.

C'est ainsi que Frömmel (1) déclare n'avoir observé qu'une fois sur 29 la régénération de l'appareil génital. Grynfeldt (2) consulté par le mari de sa malade sur la possibilité d'une grossesse ultérieure, crut devoir répondre par la négative.

Il nous semble qu'il y a des degrés dans l'atrophie que nous pensons avoir démontrés et que le pronostic peut varier suivant l'état plus ou moins avancé des lésions.

Pour Auguste Martin (3) deux cas peuvent se présenter. Il considère l'affection comme très grave dans les cas d'utérus à parois flasques et il dit que la malade succombe souvent à la suite d'une nouvelle grossesse suivant de près la première (le pronostic est grave pour la vie de la femme, et en cela n'est guère d'accord avec ce que pensent les autres auteurs, mais il est plutôt bénin au point de vue de l'existence sexuelle, puisqu'il semble permettre de nouvelles conceptions). L'affection, au contraire, serait bénigne, dans les cas d'atrophie à forme scléreuse, se rapprochant du type « ménopause ». Ces cas, dit Martin, sont de peu d'importance, et tout rentre dans l'ordre avec le sevrage et le retour des rapports

1. *Loc. cit.*

2. *Loc. cit.*

3. *Loc. cit.*

sexuels. Avec Martin, Pozzi (1), Hart et Barbour (2), Gynfeltt (3), admettent l'existence de ces superinvolutions transitoires où l'utérus notablement atrophie revient à ses dimensions normales, avec le sevrage, le retour des règles et la reprise des relations conjugales. A côté de ces cas, nous croyons pouvoir signaler notre observation IV. où la malade, III pare, après chacun de ses accouchements, a eu une période d'aménorrhée de 6 mois. Elle n'a consulté que cette dernière fois, et le diagnostic de superinvolution a été porté. N'est-il pas à présumer qu'après chacun de ses accouchements elle est restée pendant un certain nombre de mois en état d'atrophie utérine, et que cette femme est en conséquence atteinte, pour ainsi dire, de superinvolution à répétition ? Il ne peut être question ici d'attribuer la fin de l'atrophie transitoire au sevrage, cette femme n'ayant allaité aucun de ses trois enfants.

En résumé, nous croyons qu'il existe un pronostic variable suivant le degré et le genre d'atrophie. Il est évident que des utérus atrophies à l'extrême comme nous en avons signalé plusieurs cas au cours de cette étude ne reviendront jamais à leur état normal. Chez ces malades, l'utérus n'est plus qu'un organe inutile réduit à l'état de vestige. Au point de vue des fonctions reproductrices, ces femmes ne comptent plus. Mais chez celles dont l'utérus mesure encore cinq centimètres et dont les règles ne sont

1. *Loc. cit.*

2. *Loc. cit.*

3. *Loc. cit.*

pas absolument disparues, dont la vie sexuelle se manifeste encore, quoique d'une façon imparfaite, surtout lorsque l'on trouve des ovaires sains et normaux, quel que soit le temps depuis lequel dure cet état d'atrophie, et surtout lorsqu'il est récent, tout espoir est loin d'être perdu. Un traitement approprié, un régime reconstituant peuvent quelquefois, continués avec persévérance, ramener la femme à un état normal et lui permettre de nouvelles grossesses.

Les éléments sur lesquels repose le pronostic sont les suivants :

1° L'intégrité des ovaires et surtout l'absence d'atrophie de ce côté ;

2° La persistance d'un endomètre actif, démontrée par la persistance d'écoulements menstruels, même irréguliers.

C'est d'ailleurs l'opinion que professait Grynfeldt quand il disait : « L'aménorrhée est la base la plus solide de ce jugement ».

V

TRAITEMENT

On a vu, dans le chapitre précédent, combien variable était le pronostic que l'on pouvait porter dans l'atrophie puerpérale de l'utérus. On a vu surtout quelles étaient les conditions qui causaient la variabilité de ce pronostic. Il en résulte que si, dans certains cas, on peut espérer amener ou plutôt favoriser le retour de l'organe atrophié à des conditions normales, il en est un certain nombre, au contraire, où tout essai de traitement ne donnera qu'un résultat négatif, en un mot qu'il y a des cas d'atrophie utérine que l'on doit considérer comme à peu près incurables.

Mais, d'une part, il est pénible d'abandonner, dès l'abord, tout espoir d'amélioration, sinon de guérison. D'autre part, il n'est guère permis, sauf dans les cas extrêmes, d'assurer à une malade, avant d'avoir rien essayé, que tout essai sera inutile. Si le praticien doit errer, il nous semble préférable que ce soit par excès d'espoir, et il doit tout faire pour tenter de réaliser ses espérances.

Donc l'atrophie utérine doit être traitée. Comment doit-elle l'être?

Il n'existe certainement aucun traitement spécifique

que l'on puisse et que l'on doive préconiser aux dépens d'autres tentatives. De tous les auteurs qui se sont occupés de la question, il n'en est peut-être pas deux qui, concourant au même but, aient employé les mêmes moyens. Je me contenterai, dans ce chapitre, forcément très court, d'exposer les principales d'entre ces méthodes thérapeutiques, puis j'expliquerai quel traitement nous avons, à notre tour, institué, et quelles ont été les raisons de notre choix.

En dehors du traitement général que tous ont préconisé, et qui n'est même pas indiqué dans nos observations, tellement il est naturel de relever les affaiblies qui viennent nous consulter par tous les moyens en notre possession et d'instituer pour les affections générales aussi banales que la tuberculose, par exemple, le traitement spécifique de la diathèse, l'indication à remplir, celle que tous les auteurs ont visée est celle-ci : exciter la nutrition de l'utérus pour en faire un muscle agissant et y rappeler ainsi l'énergie disparue. A cet effet, trois ordres de moyens ont été préconisés :

L'électricité ;

Les instruments intra-utérins ;

L'hydrothérapie et les irrigations vaginales.

Deux auteurs surtout préconisent l'électricité : Sinclair (1) et Mundé (2). Ce dernier préconise la galvanisation continue intra-utérine, et la faradisation avant l'é-

1. *In Boston medic. and surg. journal.*, 11 octobre 1877.

2. Mundé. *De l'électricité comme agent thérapeutique en gynécologie*. Traduct. du Dr P. Ménière (1888).

poque des règles. Il recommande aussi les tiges galvaniques intra-utérines. Nous verrons au paragraphe suivant ce qu'il faut penser, à notre avis, de ce moyen thérapeutique. Toujours est-il que Mundé déclare avoir toujours obtenu plein succès dans les quelques cas qu'il a eu à traiter de superinvolution. Les résultats du gynécologue américain sont donc assez beaux pour que le traitement électrique puisse séduire les praticiens qui se trouveraient en face de cas semblables, d'autant plus que pour agir sur le tissu musculaire, il semble tout naturel de s'adresser à l'agent merveilleux qui dans tant d'autres affections a prouvé la puissance de son action sur les muscles. Le seul point difficile du traitement paraît devoir être l'instrumentation, un peu compliquée pour des médecins qui n'ont pas, tous les jours, l'occasion de faire de l'électrothérapie. Pour plus amples renseignements sur cette méthode thérapeutique, je me vois obligé de renvoyer à l'opuscule de Mundé.

Beaucoup d'auteurs conseillent l'emploi de l'instrumentation intra-utérine. Pour cela, trois instruments sont en présence : l'hystéromètre et les sondes intra-utérines d'une part, les tiges intra-utérines simples d'autre part, et enfin les tiges intra-utérines galvaniques.

L'emploi des sondes intra-utérines, étant donné le rôle qu'on veut leur faire jouer, nous semble insuffisant. Ou bien l'instrument ne sera utilisé qu'une ou deux fois par semaine, et, son passage rapide pendant quelques minutes dans la cavité de l'organe ne pourra produire aucun effet, à des intervalles si éloignés, ou, au contraire, l'opération sera répétée beaucoup plus souvent, pour avoir

une utilité véritable, et fera de cette méthode de traitement une sujétion extrêmement pénible pour les malades.

Les tiges intra-utérines n'ont certainement pas cet inconvénient et répondent à cette indication d'hystérométrie perpétuelle, si nous pouvons nous exprimer ainsi. Les deux genres que l'on en connaît sont : le stylet intra-utérin de A. Martin (de Berlin) et le pessaire à tige galvanique de Sir James Simpson. Celui-ci, au dire de ceux qui le préconisent (parmi eux je citerai Barnes, Sinclair, Hart et Barbour) remplirait à la fois le rôle mécanique et le rôle galvanique. Nous ne pouvons le considérer ici que sous le premier aspect. Ces agents intra-utérins ont eu de chauds partisans, mais ils ont été également combattus avec sévérité. Pozzi (1), entre autres, considère leur rôle de corps étranger comme plus nuisible qu'utile et signale les nombreuses fois que leur emploi a amené des inflammations paramétritiques. Hart et Barbour eux-mêmes, qui en sont partisans et qui sont persuadés de l'efficacité de leur action, déclarent qu'il existe un grand nombre de cas où ils ont occasionné des inflammations pelviennes. Il nous semble que la perspective d'un tel danger à courir est suffisante pour faire hésiter les plus enthousiastes, et notre avis sera celui de Pozzi : ils nous semblent plus nuisibles qu'utiles.

Reste l'hydrothérapie, restent les irrigations. Celles-ci sont recommandées par Frömmel, Pozzi, Simpson, et nous n'hésitons pas à avouer que nous leur donnons la préférence. Là, aucun des inconvénients précédents à redouter.

1, *Loc. cit.*

Plus d'instrumentation spéciale et coûteuse, plus d'accidents inflammatoire. Une instrumentation des plus simples, une méthode déjà connue de toutes les femmes auxquelles on expliquera facilement les quelques particularités qu'elle présente à observer dans le cas spécial. Enfin une action aussi puissante que celle des méthodes précédentes, les irrigations étant connues de tout le monde comme un très bon procédé d'excitation musculaire.

Voici les détails de ce traitement, tel que, sur le conseil et sous la surveillance de notre maître, M. Bonnaire, nous l'avons institué dans presque tous les cas.

La malade prendra chaque jour deux injections vaginales, avec l'instrumentation ordinaire (bock et canule en verre). Ces injections devront être prises couchée, soit au lit, soit par terre. Elles se composeront de deux litres d'eau, dans lesquels on mettra, pour chaque injection, un petit paquet contenant, soit 50 centigrammes de bichlorure de mercure, soit 1 gramme de permanganate de potasse ou de chaux. La température de ces injections doit être portée aussi haut que pourra l'endurer la malade. Ce point oscille ordinairement entre 45 et 50 degrés centigrades. La plupart des femmes que nous avons soignées supportaient assez facilement 48 degrés.

A ces injections vaginales, on joindra les irrigations rectales, dont le but est le même, et qui agissent à travers la paroi recto-vaginale. Très utile dans les cas d'atrophie utérine simple, cette entéroclyse est le seul traitement rationnel qui convienne contre les exsudats paramétritiques dont nous avons eu si souvent l'occasion de constater l'existence, et notamment contre les cas de pa-

ramétrite primitive et de paramétrite atrophiante. Les irrigations rectales devront être au moins aussi chaudes que les irrigations vaginales. D'ailleurs, ces hautes températures sont encore plus facilement supportées par le rectum que par le vagin, et l'on pourra sans peine faire accepter aux malades ces douches rectales à 49 ou 50 degrés. Nous avons même vu des femmes supporter sans se plaindre l'entérocluse à 52 degrés. Ces lavements spéciaux seront pris, s'il est possible, avec la canule spéciale construite par Mathieu et qui permet, à volonté, d'évacuer le liquide qui a pénétré dans le rectum ou de l'y laisser séjourner. C'est avec cet instrument que ces irrigations ont été données à l'hôpital, mais les malades qui ne pourraient ou ne voudraient s'en servir peuvent faire leurs lavements avec le bock à injection ordinaire, en ayant soin de remplacer la canule de verre par une canule rectale. Dans ce cas, on ordonnera un lavement d'un litre tous les soirs, en le faisant prendre en quatre fois, de manière que la femme puisse conserver un temps suffisant la quantité de liquide qui a pénétré dans le rectum.

A ces moyens thérapeutiques, on joindra des pansements vaginaux qui seront faits chaque fois que les malades reviendront se faire examiner, les nôtres consistaient en tampons d'ouate imbibés de glycérine à l'ichtyol.

Frömmell demande que l'on établisse le traitement prophylactique de l'affection. Nous sommes de son avis, en ce sens qu'il faudra, dans les suites de couches surveiller la femme au point de vue de la fatigue inutile, des travaux

repris trop tôt, au point de vue, naturellement, de l'infection puerpérale possible, mais il nous semble bien difficile d'examiner souvent comme il le demande les femmes qui nourrissent, pour pouvoir arrêter l'allaitement aussitôt que l'involution semble se faire d'une façon trop rapide. L'hygiène des suites de couches, telle qu'elle est recommandée par tous nos maîtres, est le meilleur moyen prophylactique.

CONCLUSIONS

L'atrophie post-puerpérale de l'utérus est une affection certainement rare, mais plus fréquente cependant que n'ont paru le croire les auteurs qui en ont parlé.

On retrouve presque toujours, dans l'étiologie de l'affection soit des fatigues prématurées, soit des traces d'infection puerpérale, pendant le *post-partum*.

On peut décrire deux types de supérinvolution :

1° L'atrophie molle, ou atrophie excentrique de Scanzoni, où la musculature est très diminuée d'épaisseur et de tonicité, mais où la longueur de la cavité utérine est conservée ;

2° L'atrophie scléreuse, ou atrophie concentrique, où les proportions entre la cavité et le muscle sont conservées, mais où tous deux ont diminué d'importance. C'est un type de ménopause anticipée.

Cette seconde forme n'est souvent que l'aboutissant et le stade terminal de la première.

L'atrophie utérine n'offre aucun danger pour l'existence des femmes qui en sont atteintes, mais est le plus souvent la cause d'une stérilité absolue.

Les cas qui peuvent guérir sont ceux où l'aménorrhée n'est pas complète, et où l'on peut trouver des ovaires que le processus ne semble pas avoir envahis.

Le traitement repose sur l'hydrothérapie localisée par le moyen d'injections vaginales et en irrigations rectales très fréquentes et portées à la plus haute température que puisse tolérer la malade.

Les observations que nous donnons ici sont toutes personnelles et inédites. Elles ont été recueillies dans le service de gynécologie médicale de l'Hôtel-Dieu. On remarquera que les malades qui sont l'objet de quelques-unes d'entre elles n'ont été examinées qu'une fois et ne sont plus revenues après le premier examen. Nous avons cru néanmoins devoir donner les résultats de cet examen unique, les antécédents et les symptômes qui y sont relatés pouvant comporter un utile enseignement. Parmi les autres, les unes sont restées jusqu'à guérison ou du moins jusqu'à amélioration notable. Leurs observations ont été résumées, pour éviter la répétition fastidieuse des pansements et des examens toujours les mêmes que subissaient ces malades à chacune de leurs visites. D'autres sont parties au milieu de leur traitement; nous donnons l'état dans lequel elles étaient lors de leur dernier examen.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

III pare. Avortement. Lever et travail prématurés. Atrophie scléreuse.

Mélanie L..., 25 ans, couturière. Premières règles à 15 ans. Les règles, très régulières, duraient alors environ 3 jours, et n'étaient nullement douloureuses. A 16 ans, elle accouche d'un enfant à terme, qu'elle nourrit. A 22 ans, deuxième accouchement, aussi normal que le premier. Enfin, en juillet 1894, elle fait une fausse couche de 3 mois, sans cause appréciable. Un médecin, consulté deux jours après, ordonne des injections. Pas de fièvre, mais beaucoup de douleurs de reins. Dès le lendemain, la femme se remet au travail. Elle perd depuis ce temps, en blanc presque constamment. Ses règles ne consistent qu'en pertes un peu rosées, presque régulièrement tous les mois. Elle éprouve des douleurs très fortes dans le bas-ventre et les reins.

24 octobre 1894. — *Examen.* — Utérus aplati, peu sensible au toucher et à la pression bi-manuelle. Musculature scléreuse. Col congestionné, petit. — La longueur totale de l'utérus est d'environ 55 centimètres. La cavité a une longueur de 50 centimètres exactement. L'ovaire gauche est gros et sensible.

Traitement. — Injections très chaudes (48 à 50 degrés) au

sublimé à 1/4000. Tous les soirs un lavement à 50°. Deux fois par semaine, la malade vient se faire panser : tampons à l'ichtyol iodoformé. Dès le 31 octobre, les douleurs abdominales ont à peu près complètement disparu, l'utérus est plus gros, la cavité mesure 55 centimètres. Les pertes blanches n'existent plus. La malade n'est pas revenue à l'Hôtel-Dieu depuis le 14 novembre. Elle venait d'avoir du 8 au 11, des règles franches, comme elle n'en avait pas eu depuis bien des mois. La cavité utérine était de 60 centimètres.

La caractéristique principale de cette malade était un nervosisme très accentué. Dès qu'elle montait sur le lit d'examen, elle était prise de tremblements, accompagnés tantôt de pleurs, tantôt d'éclats de rire, état qui durait jusqu'au moment où elle en descendait. Cet état nerveux était entièrement disparu lors de sa dernière visite.

OBSERVATION II

Primipare. Atrophie scléreuse. Infection puerpérale. Dysménorrhée.

D... Gabrielle, 25 ans, couturière, réglée pour la première fois à 14 ans, régulièrement depuis. Pas de maladies antérieures. A accouché pour la première fois, le 19 juin 1894, d'un enfant vivant pesant 4.170 grammes, à la clinique de la rue d'Assas. Elle a eu, à la suite de cet accouchement, de la fièvre ayant nécessité son isolement. Malgré tous les avis qu'on lui donna, sortit au bout de 9 jours et souffre depuis ce temps du ventre et des reins. Beaucoup de leucorrhée. A allaité son enfant.

Actuellement, a vu ses règles très irrégulièrement et en très petite quantité. L'époque menstruelle est l'occasion d'une recrudescence des douleurs.

Utérus petit, fixé en rétroversion, sclérosé et très dur. Col

petit, violacé. Culs-de-sac libres, sauf le postérieur qui présente une légère sensation d'empâtement. Cavité utérine 50 centimètres.

Injectons à 48°. Lavements quotidiens à 50°.

Les règles sont venues au mois de décembre, après deux mois de ce traitement. Elles ont été beaucoup moins douloureuses. La leucorrhée a disparu. Cavité utérine le 27 décembre, 58 millimètres.

C'est la dernière fois que nous ayons vu cette malade.

OBSERVATION III

Primipare. Atrophie molle. Ménorrhagies.

Sophie C..., 27 ans, concierge, réglée à 13 ans pour la première fois et régulièrement depuis, pendant 4 ou 5 jours chaque mois. Accouche le 22 juin 1894 d'un enfant à terme. Les suites de couches ne présentent rien de particulier. La malade reprend son travail au bout de 15 jours. N'allait pas.

Depuis son accouchements les règles sont devenues beaucoup plus longues (elles durent maintenant 10 à 12 jours), très douloureuses, et le sang est mélangé de caillots.

Se présente pour la première fois à la consultation de gynécologie de l'Hôtel-Dieu le 14 août 1894, se plaignant de douleurs abdominales et surtout de tiraillements lombaires très pénibles.

A l'examen, on trouve un utérus petit, flasque, difficile à déterminer, prenant tour à tour et très facilement toutes les positions. Cavité utérine mesurée à l'hystéromètre : 55 millimètres.

Traitement. — Hydrothérapie chaude, vaginale et rectale.

17 octobre. — Grande amélioration. La malade ne souffre plus, mais les règles n'ont pas été modifiées au point de vue douleur.

OBSERVATION IV

Superinvolution à répétition.

Zoé L..., 28 ans, brunisseuse, réglée à 15 ans. Règles irrégulières non douloureuses, durant de 2 à 3 jours. Premier accouchement à la Pitié le 21 février 1882, deuxième accouchement en ville le 20 août 1892. Troisième accouchement, 3 août 1894. Aucun de ces accouchements n'a donné lieu à des phénomènes fébriles même légers. La malade n'a nourri aucun de ses enfants, mais *le retour de couches s'est fait attendre chaque fois six mois*. Cette fois-ci (16 décembre 1894) la règle est encore une fois exacte, et la malade n'a pas revu ses règles depuis son dernier accouchement. Elle se plaint d'ailleurs de peu de chose : principalement de douleurs abdominales légères et d'un peu de leucorrhée. Mais ce retard anormal dans la venue du retour de couches attire l'attention sur les dimensions et l'état de l'utérus. Celui-ci, très flasque, est presque impossible à délimiter, même par le toucher rectal. Il est aplati et très faible à déplacer. Il mesure environ 55 millimètres. Sa cavité donne une longueur de 50 millimètres. L'organe est d'ailleurs absolument indolore. Cette malade n'est jamais revenue.

OBSERVATION V

Paramétrite atrophiante.

Louise B..., 26 ans, cuisinière, réglée pour la première fois à 14 ans, régulièrement depuis. Dit avoir eu à 15 ans, 17 ans et 19 ans, des fluxions de poitrine traitées par des vésicatoires. Le

7 juillet 1894, accouche à terme d'un enfant vivant. Un médecin assistait à l'accouchement qui fut laborieux, mais naturel. Pas d'injections, aucun soin de propreté dans les suites de couches. Fièvre pendant plusieurs jours. La malade n'a pas nourri. Malgré sa fièvre, elle n'est restée couchée que trois jours, mais n'a retravaillé qu'au bout de 15 jours. Le retour de couches est apparu six semaines après l'accouchement.

Elle commence à souffrir au mois de décembre. Ses règles ne sont pas venues en novembre, mais elles ont reparu le 16 décembre, très abondantes, avec caillots. Cette ménorrhagie dure jusqu'aux premiers jours de janvier. Elle vient à la consultation le 25 janvier 1895, se plaignant de grandes douleurs siégeant dans tout l'abdomen, mais principalement du côté droit et irradiées dans l'épaule gauche. Il n'y a jamais eu de fièvre, mais la malade, depuis plus de 15 jours, ne peut plus dormir, tant elle souffre. On l'admet salle Sainte-Marie (Gynécologie) lit n° 14.

Examen du 26 janvier. — On trouve au fond du vagin le col, en position centrale, et les culs-de-sac remplis par une paramétrite totale formant une véritable cuirasse péri-utérine, de consistance ligneuse. Toute cette masse est indolore, sauf une légère sensibilité du côté droit. Nécessairement, l'examen le plus minutieux ne peut faire sentir dans cette gangue paramétritique aucune trace de l'utérus ni des annexes. Le toucher rectal ne donne aucun renseignement complémentaire, mais permet de retrouver la sensation de cuirasse déjà décrite. L'hystérométrie est possible, sans abaissement de l'utérus. La cavité utérine mesure 4 centimètres.

Repos, entéroclyse très chaude, injections antiseptiques chaudes.

Le 8 février. — La malade demande à s'en aller. Elle ne souffre plus depuis plusieurs jours, dort très bien. Son abdomen est complètement indolore, mais l'état local reste le même. Exéat — n'est pas revenue.

OBSERVATION VI

Primipare. Anémie. Infection par le gonocoque. Atrophie molle.

M... Céline, 22 ans, domestique, entrée le 29 janvier 1895 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marie (Gynécologie).

Réglée à 14 ans, anémique, à son dire, depuis l'âge de 7 ans. Elle était réglée régulièrement, mais les règles étaient peu abondantes, et ne duraient que deux jours.

Le 25 août 1893. — Accouche à l'hôpital de Luxembourg (Grand Duché) d'un enfant vivant qui meurt au bout d'un mois. S'est levée le neuvième jour et a travaillé aussitôt.

Retour de couches au bout de six semaines, les règles ont été depuis à peu près régulières.

Elle commence à souffrir au mois de janvier 1895. Ces douleurs sont surtout fortes dans le bas-ventre, et elle souffre beaucoup en urinant.

Dans les derniers jours de décembre, métrorrhagie. Cette perte de sang, arrêtée assez facilement, s'est reproduite dans les premiers jours de janvier.

Examen du 30 janvier. — Uréthrite et vaginite à gonocoques.

Par le toucher rectal combiné avec l'abaissement de l'utérus, on constate un utérus très petit, et surtout très mou et très flasque, dont la longueur totale est d'environ 5 centimètres. La cavité utérine, mesurée à l'hystéromètre, donne une longueur de 45 millimètres. Cet utérus est un peu douloureux. Les annexes sont saines. L'entrée du vagin est cicatricielle. La fourchette a été déchirée au moment de l'accouchement, et il s'est fait une cicatrice spontanée et vicieuse, dirigée à droite et en bas.

Traitement. — Injections très chaudes avec la solution de permanganate au 1/2000. Lavements à 50°. Cautérisations quo-

tidiennes de l'urèthre avec une solution de permanganate de potasse à 1/100. Crayons d'iodoforme dans l'urèthre, tampons vaginaux à la glycérine ichtyo-iodoformée.

Le 1^{er} février, la malade, malgré toutes nos recommandations, insiste pour sortir de l'hôpital, et nous ne pouvons la retenir.

OBSERVATION VII

Syphilis. Fausse couche de trois mois. Infection puerpérale.
Atrophie scléreuse.

Lise B. ., 22 ans, casquetière.

Rougeole à l'âge de 5 ans ; quelque temps après, scarlatine.

A 12 ans, fièvre typhoïde.

Réglée à 15 ans, régulièrement jusqu'à l'âge de 20 ans. A partir de cette époque, les règles sont devenues irrégulières, se présentant tantôt deux fois par mois, tantôt une fois seulement tous les deux mois.

Il y a six mois, devient enceinte et avorte (cause inconnue) au bout de trois mois. Cet avortement se fait sans aucun secours, et est accompagné d'une assez forte hémorrhagie. Pendant huit jours, cette malade a eu de la fièvre. Elle a consulté au bout de huit jours un médecin, mais ne s'est pas soignée ensuite.

Depuis, à chacune des époques de ses règles qui sont devenues beaucoup moins abondantes qu'avant et sont restées irrégulières, elle souffre beaucoup et est obligée d'interrompre son travail. L'appétit a presque complètement disparu. Les digestions sont mauvaises, les selles irrégulières. La malade se plaint de crampes dans les jambes qui la prennent surtout la nuit.

Entre à l'Hôtel-Dieu, le 25 février 1891.

La malade porte des traces de syphilis probable. Elle offre notamment des papules à la face interne des grandes lèvres et

surtout de la grande lèvre droite. Elle avoue d'ailleurs avoir eu, à une époque qu'elle ne peut déterminer, une éruption sur la peau qui paraît avoir été la roséole.

L'utérus n'est pas sensible par le toucher vaginal combiné à la palpation abdominale. Par le toucher rectal combiné à l'abaissement de l'utérus, on sent un utérus arrondi, dur, scléreux, d'une longueur totale d'environ 45 millimètres. L'hystérométrie, indolore, accuse une cavité utérine de 40 millimètres.

Cette malade est sortie du service le jour même de son entrée par mesure disciplinaire.

OBSERVATION VIII

Atrophie de la portion, sus-vaginale du col utérin. Lever prématuré. Lactation.

Marie D..., ménagère, 27 ans. Réglée à 12 ans, régulièrement depuis. Les règles duraient huit jours et étaient indolores.

10 juillet 1891. — Accouche à terme à la maternité, d'un enfant vivant. Se lève le sixième jour. A nourri son enfant dix-huit mois et de plus un nourrisson pendant trois mois.

Depuis le sevrage de cet enfant, elle souffre dans le ventre et a de grandes douleurs lombaires irradiant vers l'épaule, le sein gauche, etc.

Elle perdait à cette époque du sang tous les quinze jours et a souffert tellement à un moment qu'elle était obligée de se coucher pendant ses règles.

Vient à la consultation le 30 mars 1895.

Examen. — Utérus gros et douloureux, col gros. La portion sus-vaginale du col est très notablement atrophiée et a perdu environ la moitié de son épaisseur normale. Endométrite légère, muqueuse utérine fongueuse, saignant facilement, douleur à l'hystéromètre.

On suppose qu'il doit y avoir eu rétroflexion de cet utérus avant la grossesse, la malade accusant vers cette époque des douleurs abdominales et une constipation très opiniâtre. L'utérus se sera redressé pendant la grossesse et l'atrophie puerpérale aura porté sur le *locus minoris resistentiæ*, c'est-à-dire sur le point de flexion antérieure.

Diagnostic. — Métrite chronique légère avec atrophie de la partie sus-vaginale du col.

Traitement. — Injections chaudes au sublimé à 1/400. Lave-ments chauds. Pansements quotidiens à la glycérine iodoformée. Attouchements de la cavité utérine au naphthol camphré.

1^{er} mai 1893. — Toute douleur ayant disparu, ainsi que les métrorrhagies, la malade insiste pour sortir de l'hôpital. La portion sus-vaginale du col ne s'est nullement modifiée.

OBSERVATION IX

Atrophie scléreuse. Avortement. Aménorrhée.

Clémence M..., 25 ans, couturière. Réglée à 12 ans, régulièrement depuis. N'a jamais été malade.

Fait à 18 ans une fausse couche de 4 mois, de cause inconnue.

Pas d'injections à la suite. Depuis, aménorrhée totale. S'est levée 11 jours après son accouchement.

La malade étant très grosse quelques mois après cet avortement, on porte le diagnostic de nouvelle grossesse. Elle reste un an sans travailler et pendant cette année éprouve de violentes douleurs dans le ventre qu'elle compare aux douleurs expulsives.

L'année dernière, les douleurs qui avaient continué beaucoup

moins fortes, changent de caractère. La malade éprouve dans le ventre la sensation d'une grosseur (?) facilement perceptible à travers la paroi et qui roulerait dans l'abdomen. Elle est alors soignée au moyen d'injections boriquées. Cette grosseur ayant disparu en neuf mois environ, les douleurs cessent et la malade reste indemne jusqu'au mois de juin.

En octobre 1894, elle éprouve des douleurs abdominales et inguinales très violentes. Pas de leucorrhée. Selles régulières.

L'examen fait le 5 octobre 1894 démontre la présence d'un utérus très petit, scléreux, fixé en rétroversion, dont la cavité mesure un peu moins de 50 millimètres.

Le traitement hydrothérapique chaud est institué.

Cette malade n'est revenue à l'Hôtel-Dieu qu'une fois, le 10 octobre 1894. Son état ne s'était naturellement pas encore modifié.

OBSERVATION X

Superinvolution scléreuse. Infection puerpérale.

Ch..., 33 ans, sans profession, réglée pour la première fois à 13 ans et assez irrégulièrement depuis.

En 1888, premier accouchement, à la suite duquel elle fait une péritonite de nature infectieuse. La malade souffre depuis cette époque.

En 1891 (8 octobre) deuxième accouchement dont les suites furent moins graves.

Depuis cette époque, se plaint de douleurs abdomino-lombaires très violentes. Les règles sont diminuées de quantité d'une façon très notable. De temps en temps, en dehors des règles, il y a de petites métrorrhagies.

5 octobre 1894. — A l'examen, on trouve un utérus très petit,

scéreux, en position sensiblement normale, le col est très petit, fermé. L'endomètre saigne facilement. Le diamètre vertical de la cavité utérine mesure 52 millimètres.

Traitement par l'hydrothérapie chaude (50°) localisée.

19 octobre 1894. — Amélioration sensible de l'élément douleur. Les métrorrhagies ont disparu. Cavité utérine 55 millimètres.

2 janvier 1895. — Cavité utérine 58 millimètres.

Amélioration continue.

16 janvier 1895. — Les règles ont duré cinq jours, non douloureuses, aussi longues et presque aussi abondantes qu'autrefois. Les douleurs ont complètement disparu.

23 janvier 1895. — La malade a eu une crise de coliques hépatiques qu'elle rattache à une affection datant de plusieurs années. L'utérus est revenu à des dimensions sensiblement normales. Mais l'endomètre est encore douloureux et saigne facilement à l'hystéromètre.

La malade n'est pas revenue depuis ce jour.

OBSERVATION XI

Atrophie scléreuse. Infection puerpérale.

Sophie M..., 29 ans, ouvrière en papier, sans antécédents, ni personnels, ni héréditaires. Ignore la date de ses premières règles.

Se souvient seulement qu'elles étaient régulières, non douloureuses, et duraient de 3 à 4 jours.

Premier accouchement en 1889, en ville. A été malade à la suite et soignée à l'hôpital.

Deuxième accouchement en 1890. Suites de couches normales.

Troisième accouchement le 17 avril 1893, à terme. Le travail a été court.

Présentation du sommet ; une sage-femme assistait à l'accouchement qui a été normal. Elle a fait à la suite des injections d'acide borique. Mais la malade a eu néanmoins plusieurs jours de fièvre vive. Elle est restée 8 jours au lit et n'a travaillé qu'au bout de deux mois. A allaité neuf mois son enfant, et le retour de couches est venu au bout de six mois.

Les règles sont, depuis, régulières, mais viennent deux fois par mois et bien moins abondamment qu'autrefois.

Vient à la consultation de l'Hôtel-Dieu le 31 octobre 1894 pour des douleurs abdominales et surtout des douleurs lombaires très tenaces et très vives.

L'examen révèle la présence d'un utérus petit, scléreux, fixé en rétroversion, le col est un peu gros et béant. La cavité utérine mesure 51 millimètres.

Traitement. — Injections chaudes au sublimé. Lavements chauds.

Ce traitement est continué jusqu'au mois de mars 1894, époque où les règles étant devenues plus régulières et plus abondantes, et les douleurs abdomino-lombaires ayant complètement disparu, la malade cesse de venir se faire examiner.

OBSERVATION XII

Primipare. Infection puerpérale. — Atrophie molle. —
Aiménorrhée.

Joséphine M..., 24 ans, domestique, n'a jamais été malade. Réglée pour la première fois à 15 ans, régulièrement depuis. Les règles duraient 2 ou 3 jours.

Le 28 avril 1895, accouchement à terme chez une sage-femme enfant vivant. Travail de 8 heures de durée. Accouchement normal. Présentation du sommet. Trois jours après l'accouchement, fièvre qui a duré trois jours (Il n'y avait pas eu de soins dans les suites de couches). La malade se lève et part le onzième jour, et reste encore 8 jours sans travailler.

Depuis le huitième jour après l'accouchement, la malade souffre du ventre ; douleurs irradiées dans le dos et la poitrine. Vient à la consultation de l'Hôtel-Dieu, le 21 juin, pour ces douleurs et parce que son retour de couches n'a pas reparu, quoiqu'elle n'ait pas allaité.

A toujours eu de la leucorrhée.

Examen. — Femme blonde, à parois abdominales résistantes, malgré la proximité de l'accouchement et de nombreuses vergétures. Leucorrhée. Le toucher vaginal permet de trouver un col très petit et mou, dont la lèvre antérieure est un peu proéminente. Par le toucher rectal, plus facilement que par le palper combiné au toucher profond, on trouve un corps petit, très flasque et aplati que l'on peut faire basculer dans tous les sens. Longueur de l'utérus : 55 millimètres environ. Cavité utérine : 52 millimètres.

Traitement. — Hydropathérapie chaude localisée (injections et entéroclyse).

Cette malade est actuellement encore en traitement. Les règles n'ont pas reparu. Elle a présenté pendant trois jours des vomissements sans caractère propre.

OBSERVATION XIII

Atrophie pseudo-hypertrophique. Hémorrhagie de la délivrance. Lactation prolongée.

Léontine L..., 37 ans, sans profession, n'ayant jamais eu de grandes maladies, réglée à 12 ans, et régulièrement depuis. Durée des règles : huit jours.

Première grossesse en 1882, normale, accouchement à terme. Hémorrhagie très violente avant la délivrance. Suites de couches normales. La malade a nourri deux ans son enfant.

Deuxième grossesse en 1889. Normale (Menace de fausse couche à 6 mois). Accouchement normal et à terme. La malade a nourri deux ans cet enfant.

Le retour de couches est venu chaque fois à six semaines, et les règles ont duré tout le temps des allaitements.

Depuis le premier accouchement, douleurs de ventre et d'estomac. Vomissements, sans maximum au moment des règles. Leucorrhée abondante.

Pendant les mois de juillet et d'août, la malade a été réglée quatre fois, huit jours chaque fois, elle perdait alors abondamment du sang mêlé de caillots.

Actuellement, elle souffre beaucoup du ventre. Pas de vomissements.

Depuis le 30 août, les règles n'ont pas reparu.

L'utérus se présente à l'examen bi-manuel sous la forme d'un organe allongé, de longueur normale, mais très étroit, ayant perdu au moins un tiers de sa largeur. Il est fixé en rétroversion. Sa cavité mesurée à l'hystéromètre donne un diamètre vertical de 58 millimètres. La malade est mise à l'hydrothérapie chaude localisée.

Dès le 17 octobre. — Les règles reparurent; mais elles furent très douloureuses. Elles ont duré huit jours.

Le 31 octobre. — La cavité utérine mesurait 6 centimètres. Les douleurs de ventre avaient beaucoup diminué.

Depuis l'état resta stationnaire jusqu'au mois de mars 1895, avec des alternatives d'amélioration. Les règles reparurent régulièrement, et de moins en moins douloureuses. L'état général resta excellent. Le traitement n'a pas été changé, et la malade était visitée tous les huit jours. A chaque examen, tamponnement à la glycérine ichtyolée.

Actuellement (avril 1895). Cette femme va très bien. Elle est très régulièrement réglée et d'une façon presque indolore.

L'utérus est moins mou; l'hystérométrie n'éveille aucune douleur.

La forme de l'utérus s'est légèrement modifiée, moins cependant que ne pourrait le faire supposer la disparition des autres phénomènes.

La malade cesse de venir à l'Hôtel-Dieu au mois de mai 1895.

Vu par le Président de thèse,
TARNIER.

Vu par le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

